

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en
gestantes adolescentes. Hospital San Juan de
Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012**

TESIS

Para optar el Titulo Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORES

Angela Marlene Salas Arriaga

Diana Elisa Salvatierra Aguilera

ASESORES

Jenny Elenisse Zavaleta Luján

Elsa Vela Arévalo

Lima-Perú

2012

**RESULTADOS MATERNOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN
GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
PERIODO DICIEMBRE 2011- FEBRERO 2012**

Dedicatoria

*Dedico este trabajo a mi familia,
en especial a mi madre por sus
consejos, palabras de aliento y
apoyo incondicional.*

Diana Elisa Salvatierra Aguilera

Dedicatoria

*Este trabajo se lo dedico a mis padres
por haber estado siempre a mi lado en
los momentos más difíciles de mi vida,
gracias por estar siempre ahí.*

*Y a mi hijo por ser el motor de mi vida y
darme fuerzas para seguir luchando
cuando estoy a punto de rendirme.*

Angela Marlene Salas Arriaga

***Dedicado a nuestras
amistades***

En estos días pensé en mis amigos y amigas y entre ellos, apareciste tú. No estabas arriba, ni abajo, ni en medio. No encabezabas ni concluías la lista. No eras el número uno, ni el número final. Lo que sé es que te destacabas por alguna cualidad que transmitías y con la cual desde hace tiempo se ennoblece mi vida. Yo tampoco tengo la pretensión de ser el primero, el segundo o el tercero de tu lista. Basta que me quieras como amigo.

Entonces entendí que realmente somos amigos. Hice lo que todo amigo; oré, y le agradecí a Dios que me haya dado la oportunidad de tener un amigo como tú. Era una oración de gratitud, porque tú le has dado valor a mi vida.

Jorge Luis Borges.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por darnos su bendición y protegernos en cada momento de nuestra vida. También queremos agradecer a nuestros padres por brindarnos fortaleza y ánimo en los momentos más difíciles, gracias por estar siempre presentes.

Agradecemos a nuestras asesoras Lic. Jenny Elenisse Zavaleta Lujan y Lic. Elsa Vela Arévalo por su paciencia, por los conocimientos que compartieron con nosotras y el valioso tiempo dedicado a nuestra tesis.

Un agradecimiento especial al Mg. Oscar Munares, Lic. Ruth Otarola y Dr. Edward Gonzales por su colaboración, paciencia y apoyo incondicional.

Concluimos agradeciendo al Hospital San Juan de Lurigancho por permitir la realización de nuestro trabajo de investigación, y posibilitar la colaboración del personal de la institución en la ejecución de nuestra tesis.

Las Autoras

INDICE

Pág.

RESUMEN

I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- OBJETIVOS	22
III.- METODOLOGÍA	23
IV.- RESULTADOS	33
V.- DISCUSIÓN	47
VI.- CONCLUSIONES	57
VII.- RECOMENDACIONES	59
VIII.- BIBLIOGRAFÍA	60
 Anexos	 76

Resumen

“RESULTADOS MATERNOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO PERIODO DICIEMBRE 2011- FEBRERO 2012”

Objetivo: Analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante el periodo Diciembre 2011 - Febrero 2012.

Metodología: Estudio comparativo, transversal, retrospectivo. Se dividió a la población en base a la presencia o ausencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo, partiendo de los criterios de elegibilidad para el estudio. La muestra la conforman 116 puérperas adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes cada uno. Se recopilaron los datos mediante la entrevista estructurada y la revisión de las Historias Clínicas. En el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva y prueba chi cuadrado, con nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$).

Resultados: El promedio de edad de las puérperas adolescentes fue 17.1 ± 1.2 años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifestó estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), preeclampsia (8.6%), parto pretérmino (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. En presencia de violencia intrafamiliar, se obtuvo diferencia significativa para la infección del tracto urinario, anemia y parto pretérmino. La preeclampsia fue significativa en el grupo con violencia física. El parto pretérmino fue el único resultado materno con asociación significativa ($p < 0.05$) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar.

Conclusiones: Los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pretérmino.

Palabras claves: Violencia Intrafamiliar. Gestante adolescente. Resultados maternos.

Abstract

"MATERNAL OUTCOMES RELATED TO FAMILY VIOLENCE PREGNANT TEENS. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO PERIOD DECEMBER 2011 – FEBRUARY 2012"

Objective: Analyze the association between intimate partner violence during pregnancy and postpartum maternal outcomes in adolescents treated at the Hospital San Juan de Lurigancho, during the period December 2011 - February 2012.

Methodology: Comparative, transversal and retrospective study. It divided the population based on the presence or absence of domestic violence during pregnancy, based on eligibility criteria for the study. The sample consists of 116 postpartum adolescents, divided into two groups of 58 participants each. Data were collected through structured interview and review of the charts. In the data analysis used descriptive statistics and chi square test, with statistical significance level of 0.05 ($p < 0.05$).

Results: The average age of postpartum adolescents was 17.1 ± 1.2 years. Of the participants, 56.9% achieved the level of education incomplete secondary, 50.9% report single marital status. The type of domestic violence was the most frequent psychological abuse (94.8%), followed by physical violence (17.2%) and sexual violence (8.6%). In the group with domestic violence during pregnancy was significantly higher frequency of adverse maternal outcomes, which were: urinary tract infection (37.9%), anemia (34.5%), premature rupture of membranes (8.6%), preeclampsia (8.6%), preterm delivery (8.5%), threatened abortion (5.2%), and route of termination of pregnancy was mostly vaginal delivery. In the presence of domestic violence, significant difference were found for urinary tract infection, anemia and preterm delivery. Preeclampsia was significant in the group with physical violence. Preterm birth mother was the only outcome with significant association ($p < 0.05$) for different types of domestic violence.

Conclusions: Adverse maternal outcomes are more common in postpartum adolescents with domestic violence during pregnancy. Significant association was found for urinary tract infection, anemia and preterm birth.

Keywords: Domestic Violence. Pregnant teenager. Maternal outcomes.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar en la gestante, es un grave problema de salud pública que afecta el bienestar del binomio madre-hijo. Los factores desencadenantes de la violencia son diversos, sin embargo las consecuencias observadas son similares en los diferentes grupos sociales y abarcan desde secuelas psicológicas hasta causas de morbilidad materno-infantil. Se estima que la violencia intrafamiliar afecta a un 13% de embarazadas en América Latina, siendo la prevalencia en adolescentes un poco más elevada y corresponde al 38% ⁽¹⁾.

La violencia intrafamiliar en la gestante adolescente es un problema que compromete su bienestar y la del niño por nacer. Se han realizado estudios que demuestran la asociación del tipo de violencia con las complicaciones en el embarazo y el parto. A pesar de tener información al respecto, es importante conocer y determinar estas relaciones en la población adolescente.

El estudio de la violencia intrafamiliar en la gestación es un tema complejo, cuyo análisis requiere la indagación de las repercusiones en el desarrollo del embarazo. Es de vital importancia su abordaje debido al patrón de conducta del maltrato físico, psicológico y sexual.

La violencia en el embarazo adolescente integra tres factores: la mujer adolescente, la gestante adolescente y el producto de la gestación. La violencia compromete el bienestar de estos tres factores; y conlleva a resultados materno-fetales adversos como el parto pretérmino, la restricción de crecimiento intrauterino, el sufrimiento fetal, preeclampsia, infección del tracto urinario, entre otras ⁽²⁾.

La gestante maltratada sufre estrés permanente, del cual devienen consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas. El estrés, producto de la violencia, tiene secuelas psíquicas, entre ellas trastornos emocionales y alteraciones del comportamiento. Las consecuencias psíquicas del estrés desencadenan patrones de depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento y en el peor de los casos, suicidio ⁽³⁾.

La conducta sexual en adolescentes es un tema importante, debido las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades, generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común. Por lo tanto, el embarazo adolescente suscita la aparición de la violencia en el entorno familiar o agudiza los casos existentes de agresión en el hogar.

La violencia intrafamiliar en la gestante adolescente, es un aspecto de la problemática social que en la actualidad aqueja a la sociedad; ocasionando daño biopsicosocial en este grupo etario. Son incalculables las implicancias de la violencia intrafamiliar en la gestante, cuyos efectos se ven reflejados en los indicadores de salud reproductiva. La violencia intrafamiliar repercute en los resultados maternos; aumentado el riesgo de padecer alguna complicación en el embarazo. El estudio de la violencia, en la población adolescente, es importante para el diseño de políticas de intervención que consideren la prevención de los resultados maternos adversos.

Los objetivos del milenio, así como el plan bicentenario nacional, mencionan como prioridad la disminución de la morbimortalidad materna y promueven como estrategias y/o políticas la disminución del embarazo adolescente y de la violencia familiar. Por consiguiente, la erradicación de la violencia familiar requiere de la intervención multidisciplinaria del sistema de salud y de las instituciones de protección social y de acceso a la justicia. La participación del personal de salud es necesaria, pues constituye el primer punto de contacto con las intervenciones que suprimen la violencia intrafamiliar en el embarazo. Por lo tanto, la capacitación del sector de salud sobre los lineamientos políticos para erradicar la violencia familiar, así como los mecanismos por los cuales la violencia tiene efectos adversos en el embarazo, coadyuvan con resultados maternos favorables. No es suficiente el conocer los temas relacionados con la violencia, sino el investigar y analizar con mayor precisión sus efectos en el embarazo, respecto a una población objetivo específico como la población adolescente. Las investigaciones de los efectos de la violencia en la gestación, permiten brindar información a los profesionales de la salud para sustentar y/o proponer programas o acciones dentro de las Instituciones

de salud alineados con los objetivos del Ministerio de Salud, que a su vez se alinean con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud.

La investigación de los resultados de la violencia intrafamiliar en el embarazo es un tema relevante en el desempeño profesional del Obstetra. La comprensión de los efectos de la violencia en la gestación, permiten el diseño de intervenciones que disminuyen los resultados maternos y perinatales adversos. Lo anterior, responde a la detección temprana y oportuna del maltrato, durante la visita al control prenatal; es en nivel primario de atención, donde es más factible detectar los casos de violencia en la gestación. Por ende, la pesquisa temprana de la violencia facilita un manejo interdisciplinario a fin de evitar las consecuencias negativas en la salud materna.

Se espera que nuestra investigación contribuya a comprender las características de la violencia intrafamiliar en embarazo adolescente y su asociación con los resultados maternos del embarazo; para un mejor manejo de los casos de maltrato por el profesional Obstetra.

A continuación se presentan estudios a nivel nacional e internacional que se encuentran relacionados con nuestra investigación. Así tenemos:

Guezmes y cols., en el año 2002, realizaron un estudio titulado **“Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú”**. Del total de mujeres entrevistadas en Lima, un 14.8% manifestaron precedentes de violencia durante el embarazo ⁽⁴⁾.

Távora y cols., realizaron un estudio sobre violencia en mujeres en edad reproductiva, en los hospitales Daniel Alcides Carrión, Santa Rosa y María Auxiliadora, en el año 2003, titulado **“Detección de la Violencia Basada en Género en tres servicios de atención de salud”**. Los resultados obtenidos fueron: *el 61 % de 298 mujeres entrevistadas fue víctima de violencia (psicológica 54%, física 32.2%, sexual 21.1%, y sexual en la niñez 19.1%), la violencia física y psicológica tuvo como agresor principal a la pareja; en la violencia sexual el principal agresor fue un familiar cercano y la agresión ocurrió en la niñez* ⁽⁵⁾.

Susana Valenzuela Pérez, en Colima-México, en el año 2004, realizó una investigación titulada **“Violencia Intrafamiliar como Factor de Riesgo en la Mujer Embarazada y su Producto”**. El objetivo de la investigación fue el identificar la violencia intrafamiliar en la embarazada como un factor de riesgo para ella y su producto. El método utilizado fue casos y controles. Se aplicó un cuestionario de auto diagnóstico de violencia intrafamiliar con puntuación, considerándose casos de violencia a aquellos que obtuvieron un puntaje entre los 12 y 45 puntos; y controles a la puntuación de 0 a 11. Las conclusiones entre otras fueron: *La incidencia de violencia intrafamiliar fue del 30.8 % y se le identificó como un problema presente en la mujer embarazada* ⁽⁶⁾.

Contreras y Beltrán, en el año 2005, realizaron una investigación titulada **“Asociación de la violencia basada en el género (maltrato físico, abuso sexual y psicológico) y resultados adversos del embarazo en madres adolescentes en el Instituto Especializado Materno Perinatal, Lima-2005”**. El objetivo fue determinar la asociación entre la violencia basada en el género, en las madres adolescentes, y los resultados adversos del embarazo. El tipo de estudio fue analítico de casos y controles, de corte transversa. Se entrevistó a 70 mujeres y se obtuvo como conclusión: *No existe asociación entre la violencia de género y los malos resultados perinatales, más bien las investigaciones con respecto a la violencia deberían de orientarse hacia el aspecto psicosocial a largo plazo en las adolescentes* ⁽⁷⁾.

Graciela Colombo y cols., en el año 2005, realizaron una investigación titulada **“Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio”**. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de casos de violencia familiar en las consultas de mujeres durante la etapa de parto, embarazo y puerperio. Se diseñó un protocolo que se aplicó a 529 mujeres en donde se detectaron los casos de violencia. Se obtuvieron las siguientes conclusiones: *Se encontró una incidencia importante en los casos de violencia intrafamiliar asociada a embarazo adolescente. La incidencia de violencia en mujeres con gran número de hijos fue significativa. La violencia intrafamiliar, afecta a la población con alto nivel de instrucción. Se constataron efectos sobre la salud física y psíquica de las situaciones de violencia física o combinada con abuso sexual* ⁽⁸⁾.

Sergio Paredes Solís, en Ometepec-México, en el año 2005, realizó un estudio titulado **“Violencia Física Intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México”**; cuyo objetivo fue estimar la ocurrencia de la violencia física contra la embarazada sus factores asociados y la percepción de daños a la salud. Se aplicó una encuesta en cada hogar del municipio de Ometepec perteneciente al estado de Guerrero en México; dirigida a mujeres que notificaron al menos un embarazo en los tres años previos al desarrollo de la encuesta. Se entrevistó a 2389 mujeres, de las cuales 709 fueron seleccionadas. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: *En las mujeres entrevistadas sin la presencia del esposo, el 21 % declaró ser víctima de violencia física, el 5.6 % reportó violencia intrafamiliar durante el último embarazo. Se encontró una asociación entre el maltrato físico en la embarazada y el sangrado transvaginal. La conclusión de este estudio fue la asociación entre la violencia física y los problemas obstétricos durante el embarazo* ⁽⁹⁾.

En una investigación efectuada en el Hospital Manuel Nuñez Butrón y colegios de educación secundaria en la ciudad de Puno, en el año 2006, por Flores y Schirmer titulada **“Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno-Perú”**; a partir del análisis de las entrevistas de 100 adolescentes embarazadas (casos) y 100 adolescentes no embarazadas (controles) se encontró: *un 63% de casos de violencia física en comparación al 80% que reportaron las adolescentes no embarazadas. En ambos grupos la agresión física más frecuente fue el tirón de cabellos y el agresor con mayor porcentaje fue el padre. El 99% de adolescentes embarazadas refirió violencia psicológica siendo la causa más frecuente la desobediencia. La cifras de violencia sexual en el grupo de adolescentes embarazadas corresponde a un 53%, de las cuales 5.7% refieren como agresor a un familiar (tío)* ⁽¹⁰⁾.

Carla Crempien, en el año 2007, realizó un estudio sobre **“Violencia doméstica durante el embarazo: magnitud del problema y consecuencias”**, en donde se vio que la asociación entre *violencia doméstica y embarazo tiene como consecuencia terminación temprana del embarazo, morbilidad y mortalidad infantil, bajo peso al nacer, problemas de salud mental en la madre, uso de alcohol y drogas, detrimento del apego materno-infantil y representaciones negativas de la madre*

respecto al hijo que espera y a sí misma. Una participación activa de los profesionales de la salud materna en tamizaje sistemático, parece necesaria y efectiva en la prevención e intervención en este problema, sin embargo también parece ser poco utilizada ⁽¹¹⁾.

Cripe y cols., realizaron un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el año 2007, titulado **“Asociación de la violencia física y sexual en la pareja con embarazos no deseados entre las mujeres embarazadas en el Perú”**, el resultado encontrado fue: *el 40% de una muestra de 2167 puérperas había sido víctima de algún tipo de violencia durante su embarazo* ⁽¹²⁾.

Távora y cols., en el año 2007, realizaron una investigación titulada **“Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género”**. El objetivo del estudio fue reactualizar la prevalencia de la violencia contra las mujeres atendidas en los servicios de obstetricia del Cono Sur de Lima y establecer la asociación entre la violencia y patología materna y perinatal. El diseño de la investigación fue analítica del tipo cohorte y se aplicó una encuesta a 733 puérperas antes del alta, para identificar la presencia de violencia contra la mujer. Se clasificó las respuestas en tres grupos: sin violencia (30.7 %), con historia de violencia (37,4 %) y con violencia durante el embarazo (31.9 %). En cada caso se revisó la historia clínica perinatal y se verificó las variables demográficas también las complicaciones maternas y perinatales. Se obtuvieron los siguientes resultados: *En el grupo con violencia durante el embarazo, fue significativa la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales así como una mayor mortalidad perinatal* ⁽¹³⁾.

Maritza Muñoz y Patricio Oliva, en el año 2009, realizaron una investigación titulada **“Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente”**. El fue identificar los factores de apoyo y estrés psicosocial en adolescentes embarazadas y establecer la asociación entre ellos y la presencia y ausencia de síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntoma de parto prematuro. El estudio fue analítico de casos y controles. La conclusión fue: *Los estresores psicosociales familiares se asocian a la presencia de Síndrome de Enfermedad Hipertensiva y/o Parto Pretérmino, mientras que el apoyo familiar se asocia con ausencia de Síndrome de Enfermedad Hipertensiva y/o Parto Pretérmino* ⁽¹⁴⁾.

Armando Cepeda, en el año 2011, realizó un estudio titulado **“Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo”**. En el cual se concluye que: *la violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas)* ⁽¹⁵⁾.

Se presenta la base teórica que brindará sustento a los hallazgos en nuestro estudio:

Adolescencia

La Organización Panamericana de Salud define a la adolescencia como la etapa de crecimiento y desarrollo, en donde ocurren los cambios biológicos y conductuales; que marcan el inicio de la adultez. Dicha etapa está comprendida entre los 10 a 19 años de edad ^(16, 17). La Legislación Peruana en el Código de los Niños y Adolescentes, Ley N° 27337, Título Preliminar Art. I; considera adolescencia al período comprendido entre los 12 años hasta los 18 años de edad ⁽¹⁸⁾.

La Organización Mundial de la Salud divide a la adolescencia en dos etapas: 1. Temprana (10 a 14 años), en esta etapa comienzan a manifestarse los cambios corporales y funcionales; destacando la aparición de la menarquía. Durante la adolescencia temprana los adolescentes tienen una mayor conciencia de su género; es en esta etapa donde pueden ser más vulnerables a la intimidación, al acoso sexual y la confusión sobre su identidad personal y sexual. 2. Tardía (15 a 19 años) en esta etapa el adolescente adquiere un aumento notable de la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo. Los adolescentes pueden sufrir un mayor riesgo de consecuencias negativas para la salud como la depresión, discriminación y abuso basado en el género, trastornos alimentarios derivados de la ansiedad sobre la imagen corporal y estereotipos culturales. Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes que son más vulnerables a los peligros del entorno social ^(19, 20, 21).

A nivel mundial se estima que la población adolescente corresponde a 1200 millones de personas (una de cada cinco personas es adolescente); de esta cifra el 85% viven en países de pocos ingresos y aproximadamente 1.7% de ellos mueren al año ^(22, 23).

Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2010); en el país, el 21% de la población total es adolescente, siendo el 20.1 % el porcentaje de mujeres adolescentes del total de la población femenina ⁽²⁴⁾.

Según el censo del 2007 son 4 000 084 los peruanos que tienen entre 12 y 18 años de edad, lo que representa casi el 13% de la población total ⁽²⁵⁾.

La adolescencia constituye un período de cambios a nivel físico, psicológico y social. Estos cambios aunados a la búsqueda de identidad; se asocian a una mayor vulnerabilidad y exposición a situaciones de riesgo que afectan su salud ^(17, 26).

Los conflictos emocionales y sociales que experimenta el adolescente tienen múltiples consecuencias; entre ellas el embarazo producto del inicio temprano de las relaciones sexuales ⁽²⁷⁾.

Adolescencia y embarazo

La adolescencia es una etapa de transición que marca el inicio de la adultez. En esta etapa, el inicio temprano de relaciones sexuales y sin protección, expone a las adolescentes a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados ⁽¹⁶⁾.

La maternidad en las adolescentes ocasiona problemas de índole biológico, psicológico y social lo cual repercute en la calidad de vida de la madre y de su familia con riesgo latente para el niño, por lo cual es considerado un producto de la patología social, negligencia paterna, carencia afectiva en el ambiente familiar, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia. Es por ello que este problema involucra a la sociedad y a la salud pública ⁽²⁸⁾.

Distintos autores afirman que el embarazo en la adolescencia es una condición de alto riesgo. Otros señalan que existe un riesgo obstétrico, superable con un adecuado control prenatal. Actualmente el embarazo en la adolescencia se observa a edades cada vez más tempranas, lo cual resulta altamente desfavorable desde el punto de vista sanitario, no solo por sus consecuencias sociales, sino porque contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; más aún cuando se asocia a la violencia intrafamiliar ⁽²⁹⁾.

La gestación en la adolescencia crea conflictos en el ambiente familiar; debido a la interrupción de la escolaridad, a la inserción laboral y la dependencia social y

económica. Dicha situación propicia una atmósfera de violencia en torno a la adolescente. Los daños físicos y psicológicos que causa la violencia en la gestante adolescente conllevan a repercusiones en la salud de la mujer y el recién nacido ⁽³⁰⁾.

Incidencia del embarazo adolescente

Según CENSO 2007, en el Perú el número de madres adolescentes (12-19 años) es de 160 258 aproximadamente el 7,3% ⁽²⁵⁾.

El embarazo en adolescentes en nuestro país mantiene sus cifras relativamente estables en los últimos nueve años (se aprecia un leve incremento). Según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2009), se encontró que el 13.7 % de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años ya estuvo alguna vez embarazada; de esta cifra el 11.1 % son madres y el 2.7 % está gestando por primera vez. Las cifras de maternidad adolescente varían según departamento; existe una notable diferencia en los departamentos de la selva y costa; 3 de cada 10 adolescentes en Loreto y Ucayali están embarazadas o ya son madres. En Lima y Arequipa una de cada doce se encuentra embarazada o ya es madre ⁽²⁴⁾.

Factores predisponentes en el embarazo adolescente

Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones; así por ejemplo, existen poblaciones en las cuales el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado, y por el contrario su no ocurrencia es rechazada; ésta situación se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas. Sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en otras poblaciones como la de Lima ⁽³¹⁾.

La causa de los embarazos adolescentes es multifactorial, observándose mayormente en adolescentes que provienen de hogares disfuncionales. Los medios de comunicación influyen en las relaciones sexuales precoces, el entorno y la presión de los amigos son factores importantes para la decisión del inicio de vida sexual prematrimonial; esto trae como consecuencia el embarazo adolescente no deseado, enfermedades de transmisión sexual y aborto ⁽³¹⁾.

Definición de la violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “el uso de liberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” ⁽³²⁾.

La violencia se divide en tres grandes categorías:

1. Violencia dirigida contra uno mismo, comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones.
2. Violencia interpersonal, comprende dos subcategorías, la primera la violencia intrafamiliar entre miembros de la familia y la violencia comunitaria entre individuos no relacionados con el vínculo familiar.
3. Violencia colectiva, uso de la violencia en personas que se identifican como miembros de un grupo frente a un conjunto de individuos.

Violencia Intrafamiliar

En la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), define a la Violencia Basada en Género como: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres” ^(10, 33, 34).

La Organización de Naciones Unidas, en 1995, definió a la violencia de género como: “Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la privada” ⁽³⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud, incluye en su definición de violencia de género la especificidad de esta forma de violencia contra las mujeres. La violencia intrafamiliar es la forma más común de violencia contra la mujer; incluye formas de violencia infligidas por personas del medio familiar y dirigido generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos ⁽³⁵⁾.

La Violencia Basada en Género es un fenómeno complejo que trasciende el escenario familiar, por ende la definición de Violencia Familiar se incluye dentro de la violencia contra la mujer ^(10, 33, 34).

De acuerdo a la Legislación Peruana, en el año de 1993, se promulgó la Ley 26260; Ley de protección frente a la violencia familiar, que en complemento con el Código de los Niños y Adolescentes protegen a las mujeres y a los niños de cualquier manifestación de violencia familiar. Con la finalidad de mejorar el marco normativo se han realizado numerosas modificaciones a dicho dispositivo ⁽³⁶⁾.

Actualmente, existe una variedad de instrumentos normativos de protección frente a la violencia familiar; nacionales e internacionales. En coordinación intersectorial destacan la creación del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual y el Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009 -2015. (ANEXO G)

En nuestro país, cada día ha aumentado el interés por conocer la situación actual del problema de la violencia intrafamiliar, así como sus implicancias.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), informó que el 60% de los embarazos en adolescentes de 12 a 14 años tienen origen en la violación (ámbito intrafamiliar), es decir 6 de cada 10 embarazos ⁽³⁸⁾.

Las cifras de violencia en el embarazo son preocupantes, debido a las consecuencias en la madre y el producto de la concepción. Las adolescentes embarazadas son un grupo vulnerable; el riesgo de padecer alguna complicación en el embarazo se incrementa con la violencia.

La violencia intrafamiliar puede adoptar diversas formas:

- a. **Maltrato físico:** Implica el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de una persona para causar daño o dolor. Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de las lesiones incluyen la conducta lesiva e intencionalidad, los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que acompañan a la lesión. No hay que olvidar el maltrato por omisión de cuidados, en caso de ser necesarios ⁽³⁵⁾. (Ver ANEXO F)

- b. **Maltrato psicológico:** Toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (críticas permanentes, humillaciones e insultos), culpa (críticas y castigos), miedo (amenazas sobre su propia integridad física y la de sus hijos) y restricción de estímulos (aislamiento social, restricción económica, privarla de afecto y de cuidados cuando los necesita). El efecto es la reducción de la autoestima y la seguridad en sí mismas y causa tanto o más deterioro, de la salud física y mental en la víctima como la violencia física ⁽³⁵⁾. (Ver ANEXO F)
- c. **Violencia sexual:** Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen tener relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión ⁽³⁵⁾. (Ver ANEXO F)

Los niveles de gravedad de cualquiera de estas formas de violencia dependen de la frecuencia del maltrato, de los objetivos del agresor y del grado de violencia utilizado. El maltrato empieza con violencia continuada, en la que el objetivo no es una lesión, sino el sometimiento, y su pronóstico es la perpetuación ⁽³⁵⁾.

La probabilidad de violencia durante el embarazo se incrementa en condiciones de alta vulnerabilidad física, psicológica y social de la mujer como en las adolescentes ⁽³⁹⁾.

La violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol o drogas y falta de apoyo social ⁽³⁹⁾.

Las madres adolescentes y los niños nacidos de madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas a largo plazo en muchos aspectos importantes de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza, la violencia familiar y sexual y las enfermedades físicas o mentales. Por ello, el embarazo durante la adolescencia representa una crisis para la adolescente y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, culpabilidad y el negarse a admitir el problema ⁽⁴⁰⁾.

El Colegio de Obstetras reconoce como un problema de salud pública y prioridad sanitaria la violencia contra las mujeres, ya que atenta contra sus derechos sexuales y reproductivos. Los Obstetras deben involucrarse en la atención integral de la persona víctima de violencia, identificando aspectos físicos, así como psicológicos y sociales ⁽⁴¹⁾.

La escala y círculo de la violencia

La violencia intrafamiliar se manifiesta a través de los malos tratos que recibe cualquiera de sus miembros. La violencia que se ejerce sobre las mujeres en el marco de las relaciones de pareja o de afectividad es un fenómeno muy complejo con consecuencias muy graves a corto y largo plazo.

La escala de la violencia se define como un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad y frecuencia de las agresiones se van incrementando a medida que pasa el tiempo; las cuales comienzan con conductas de abuso psicológico bajo la apariencia y expresión de actitudes de cuidado y protección por parte del agresor ⁽⁴²⁾. Estas actitudes van denigrando la autoestima de la mujer logrando sentimientos de culpa.

El aumento progresivo de la violencia puede llegar hasta la agresión física e incluso puede causar la muerte. Esto se puede manifestar a través de los celos, control sobre las salidas y amistades, etc.

La escala de la violencia se inicia primero con agresiones psicológicas y agresiones verbales, para luego continuar con agresión física y en la gran mayoría de los casos termina en muerte.

Paralelamente a la escala de la violencia se encuentra situado el círculo de la violencia el cual refleja el comportamiento del agresor y la víctima dentro del proceso violento, se han descrito tres etapas ⁽⁴²⁾:

- *Fase de tensión o acumulación*
- *Fase de la agresión*
- *Fase de remisión o calma*

Repercusiones de la violencia familiar en el embarazo

La violencia intrafamiliar comprende un conjunto de conductas aprendidas de tipo coercitivas cuyas dimensiones comportan la violencia física, psicológica y sexual. La violencia física, acarrea numerosas consecuencias negativas para la salud; entre ellas podemos citar las lesiones, los traumatismos y las secuelas psíquicas. Las

secuelas provocadas por el maltrato físico suelen ser evidentes, pero el deterioro en la calidad de vida de las víctimas de agresión, se detecta con mayor dificultad. La violencia psicológica menoscaba la integridad emocional de la persona y en la mayoría de los casos precede a la agresión física. La violencia psicológica y sexual produce secuelas alarmantes en la esfera emocional de la víctima, implicancias que actúan en el tiempo, con impacto en la salud mental de las mujeres. La violencia intrafamiliar causa tensión y deterioro psíquico e influye en la aparición de trastornos como la depresión, ansiedad y estrés ^(3,32).

Golding (1999), Ellsberg (1999), Fischbach y Herbert (1997); citado por Pallitto en el 2004, observaron una relación significativa entre el maltrato y los problemas de salud mental, como la tendencia al suicidio, el trastorno por estrés postraumático y la depresión ⁽⁴³⁾.

La violencia en el embarazo, afectada la salud física, mental y la calidad de vida. Los niveles altos de ansiedad y depresión en las embarazadas aumentan significativamente el riesgo de partos prematuros ⁽⁴⁴⁾.

Diversas investigaciones han observado la asociación entre la depresión y el parto pretérmino. Orr y cols., en el 2002, en un estudio realizado en mujeres afroamericanas encontraron asociación de las mujeres con síntomas depresivos y el parto pretérmino ⁽⁴⁵⁾. En un estudio realizado por Jesse y cols., en el 2003, en 120 embarazadas entre las 16 y 28 semanas de gestación; encontraron que las mujeres con síntomas de depresión, niveles más bajos de autoestima y con una percepción negativa del embarazo tenían una probabilidad significativa de parto pretérmino ⁽⁴⁶⁾. Los factores psicosociales del estrés se han relacionado con el parto prematuro, Dole y cols. (2003), en un estudio prospectivo de cohorte en 1962 mujeres embarazadas en el centro de Carolina del Norte, encontró un mayor riesgo de parto prematuro entre las mujeres con recuentos altos de ansiedad relacionada con el embarazo ⁽⁴⁷⁾. La depresión se ha relacionado con resultados maternos adversos, incluyendo partos prematuros; el apoyo social protege a la gestante de los eventos adversos de la depresión ⁽⁴⁸⁾.

Las mujeres víctimas de violencia pueden presentar síntomas funcionales debidos a la depresión. En un estudio realizado por Campbell, en el 2002, las mujeres

maltratadas tenían asociación significativa con el dolor de cabeza, dolor de espalda, enfermedades de transmisión sexual, sangrado vaginal, infecciones vaginales, dolor pélvico, relaciones sexuales dolorosas, infecciones del tracto urinario, pérdida de apetito, dolor abdominal y problemas digestivos ⁽⁴⁹⁾. En el estudio de Stewart y Cecutti (1993), el 6.6% de gestantes manifestaron violencia física durante el embarazo. El análisis factorial reveló tres factores asociados al abuso físico; la inestabilidad social, el estilo de vida poco saludable (la mala alimentación, el consumo de alcohol, uso de drogas ilícitas y los problemas emocionales) y problemas físico relacionados a la angustia emocional ⁽⁵⁰⁾. Los factores mencionados y el abuso psíquico conllevan a un déficit en el aumento del peso materno (Parker y cols. 1994, Campbell y cols. 2002) ⁽⁵¹⁾.

Las mujeres víctimas de violencia pueden tener consecuencias en la salud, entre ellas trauma emocional, problemas de salud crónicos e infecciones y las complicaciones del embarazo ⁽⁵²⁾.

La violencia en el embarazo adolescente constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones o patologías asociadas a la gestación ^(53, 54). Planteamientos hipotéticos, con el objetivo de determinar la asociación de la violencia y los resultados maternos, postulan a la situación psicosocial como un factor que facilita el desarrollo de patologías en el embarazo ⁽⁵⁵⁾.

El entorno en la gestación, condiciona la aparición de estresores psicosociales como la violencia y la disfunción familiar; los cuales complican el desarrollo del embarazo y contribuyen a una mayor morbilidad materna. El apoyo social compensa los efectos negativos de la violencia. La detección oportuna de los casos de violencia en el embarazo incrementa la posibilidad de identificar los factores de riesgo y factores estresores, así como el habilitar medidas de prevención e intervención para reducir los resultados adversos en la salud materna.

Diversas investigaciones han demostrado la asociación de la violencia con los resultados maternos adversos en el embarazo como la infección urinaria, anemia, preeclampsia, amenaza de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas y la vía de culminación del embarazo. Távara y cols. (2007), en un estudio sobre la violencia contra las mujeres, hallaron un mayor riesgo

de anemia, infección urinaria, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, preeclampsia en mujeres víctimas de violencia en el embarazo. La vía de culminación del embarazo en mujeres víctimas de violencia fue por cesárea ⁽¹³⁾.

La violencia física complica el embarazo mediante lesiones y traumatismos en las distintas zonas del cuerpo. Rodrigues y cols. ⁽⁵⁶⁾, en el 2008, reportaron que las formas de agresión más frecuentes en las embarazadas fueron las bofetadas y los empujones (57,6%) pero sin lesiones ni dolor prolongado, el 42,4 % de las participantes refirió un incidente más grave, de lo anterior, 39,3% manifestó actos tales como puñetazos, patadas, golpes, cortes, y / o dolor prolongado, y un 3,1% manifestó contusiones graves, huesos rotos, y / o lesiones permanentes. En el mismo año, Nannini y cols. ⁽⁵⁷⁾, en un estudio sobre las lesiones físicas durante el embarazo, informan que la cabeza y el cuello eran las regiones del cuerpo más frecuentemente lesionadas en general (42,2%). En un estudio realizado por Covington y cols. ⁽⁵⁸⁾ (2001), las adolescentes fueron más propensas a traumatismo abdominal en el embarazo, otras formas de violencia incluyeron golpes y patadas. En el mismo estudio, la violencia en el embarazo adolescente fue un factor de riesgo significativo para el parto pretérmino. En una investigación realizada en gestantes adolescentes, por Tita flores ⁽¹⁰⁾, las formas de agresión más frecuentes fueron el jalón de cabellos (69.8%), golpe con látigo (38.1%), bofetadas (38.1%), y puntapiés (33.3%).

En el estudio de Rachana y cols. ⁽⁵⁹⁾ (2002), la prevalencia de la violencia física fue el 21%. Las mujeres con experiencia de agresión física fueron más propensas a ser hospitalizadas en la gestación, por complicaciones tales como traumatismos por golpes o patadas en el abdomen de la embarazada, desprendimiento prematuro de la placenta, parto prematuro e infecciones del tracto urinario. Los resultados tuvieron asociación positiva para el desprendimiento prematuro de placenta y la culminación del embarazo por cesárea. Similares resultados reportaron el estudio de Cokkinides y cols. ⁽⁶⁰⁾, en donde las embarazadas víctimas de agresión física fueron hospitalizadas por complicaciones maternas como la infección del tracto urinario, parto prematuro, y el trauma debido a caídas o golpes en el abdomen. Berenson y cols. ⁽⁶¹⁾ (1994), revelaron que las mujeres agredidas físicamente en el embarazo, tenían dos veces más probabilidades de tener un parto prematuro en comparación

con mujeres sin antecedente de violencia. Además reportaron un riesgo dos veces mayor de corioamnionitis en las víctimas de agresión. El estudio realizado por Paredes y col. en México en el año 2005, encontró una asociación entre la violencia física en el embarazo, el sangrado vaginal y la pérdida gestacional ⁽⁹⁾.

Las principales causas de trauma en el embarazo incluyen caídas, accidentes automovilísticos y la violencia. Un traumatismo contuso en el abdomen aumenta el riesgo de hemorragia feto-materna. La hemorragia fetomaterna masiva es una complicación rara pero grave que puede resultar en anemia fetal, hipoxia fetal, muerte intrauterina o daño neurológico neonatal ⁽⁶²⁾. Los golpes o traumatismos en el abdomen pueden producir lesiones en la placenta, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas y sangrado vaginal. El desprendimiento prematuro de placenta es un resultado originado por la deformación del miometrio elástico alrededor de la placenta inelástica. El desgarró, lesión o fractura de placenta se produce por el estiramiento del tejido inelástico de la placenta y se relaciona con la hemorragia fetomaterna ⁽⁶³⁾. Connolly y cols. (1997), citado por Pallitto⁽⁴³⁾, observaron en los embarazos complicados por traumatismo, un 22.3% de casos de violencia doméstica y encontraron asociación con contracciones uterinas, parto pretérmino y ruptura placentaria.

En algunos estudios se observa la asociación de la violencia en el embarazo y la entrada tardía al control prenatal. En un estudio realizado por Taggart y cols. ⁽⁶⁴⁾ (1996), en 502 mujeres embarazadas a partir de tres grupos étnicos: negras (132), los hispanas (208), y las blancas (162); el 21% acudió tardíamente a su control, debido a lesiones. Los resultados mostraron que el 21% de las mujeres experimentaron física daño durante el embarazo y la atención prenatal tardía debido a las lesiones. Las mujeres maltratadas en los tres grupos buscaron atención prenatal 6,5 semanas más tarde que las mujeres que no estaban en una situación de abuso. Dietz y cols ⁽⁶⁵⁾ (1997), citaron que las mujeres con agresión física en el embarazo tuvieron 1,8 veces más probabilidades para entrada tardía en la atención prenatal comparado con mujeres sin violencia. Koski y cols. ⁽⁶⁶⁾, en el 2011, evaluaron la asociación entre la agresión física durante el embarazo y la captación de la atención prenatal. Las mujeres que experimentan violencia física durante el

embarazo tuvieron menos probabilidades de recibir atención prenatal y de iniciar el control prenatal temprano.

Respecto al abuso sexual las mujeres embarazadas reportaron niveles significativamente más altos de sintomatología depresiva, también se asoció a eventos negativos de la vida, y mayor frecuencia de abuso físico y psicológico durante el embarazo ⁽⁶⁷⁾.

El maltrato en el embarazo afecta los resultados maternos mediante respuestas fisiológicas desencadenadas por el estrés. Nuestro organismo genera mecanismo con finalidad de afrontar el estrés producido por la violencia o maltrato. El estrés debido al maltrato puede conducir a la depresión, al aumento deficiente de peso o a los trastornos somáticos ⁽⁴³⁾.

La respuesta al estrés o síndrome adaptativo general, preparan al organismo para enfrentar una situación de emergencia. Todo estímulo que produzca una respuesta al estrés se denomina factor estresante; la exposición prolongada a un factor estresante produce una respuesta en tres etapas: reacción de alarma, reacción de resistencia y agotamiento. La reacción de alarma se inicia con impulsos nerviosos del hipotálamo a la médula espinal y al sistema nervioso simpático, consiste en reacción de enfrentamiento que aumenta la producción de adenosina trifosfato (ATP) e incrementa la circulación sanguínea. La reacción de resistencia es una reacción de largo plazo y desencadena la liberación de hormonas hipotalámicas como liberadoras de corticotropina (CRH); esta hormona estimula a la hipófisis anterior incrementando la secreción de adrenocorticotropa (ACTH); que a la vez estimula a la corteza suprarrenal aumentando la secreción de cortisol. El cortisol tiene la función de reducir la inflamación y suprimir la formación de tejido conectivo, además produce un aumento de la presión arterial, y actúa sobre la placenta adelantando su reloj biológico, y puede así desencadenarse el parto antes de las 37 semanas. La cicatrización de heridas es más lenta en la reacción de resistencia prolongada. La reacción de resistencia permite superar los periodos estresantes, sin embargo, la exposición prolongada a niveles altos de cortisol y otras hormonas asociadas con el estrés, puede afectar tanto la presión arterial de la madre, como el crecimiento y el desarrollo del feto. También, causan supresión del sistema inmunitario y cambios patológicos, producto de la persistencia de la reacción de resistencia, después que

se interrumpe el factor estresante, esta respuesta se traduce como la etapa de agotamiento ^(68, 69, 70). La exposición a factores estresantes crónicos afectan la micro circulación placentaria; disminuyendo su función e incrementando la actividad uterina ⁽⁷¹⁾.

Las mujeres embarazadas víctimas de maltrato, tienen altos índices de estrés y son más propensas a complicaciones infecciosas, partos prematuros y tienen menos probabilidades de recibir atención prenatal. Las adolescentes pueden tener un riesgo más alto que sus contrapartes adultas ⁽⁷²⁾. El abuso en el embarazo tiene efectos adversos significativos para las infecciones de tracto urinario, déficit en el aumento de peso materno, parto prematuro y cesáreas ⁽⁷³⁾.

Los orígenes de los trastornos hipertensivos durante el embarazo no están claramente definidos, pero múltiples factores están implicados ⁽⁷⁴⁾. El estrés, la ansiedad y la depresión parecen contribuir al riesgo. En un estudio realizado por Leeners y colaboradores (2007), se señaló que el estrés emocional durante el embarazo tienen un efecto significativo en la aparición de desordenes hipertensivos ^(75, 78). En un estudio realizado en ratas preñadas por Khatun y cols. ⁽⁷⁷⁾, se estimuló con frio las patas de los roedores en forma continua por dos semanas; los resultados fueron síntomas similares a los inducidos por preeclampsia; este hallazgo sugiere que la estimulación excesiva del sistema nervioso simpático puede contribuir al desarrollo de la enfermedad. Un estudio, en mujeres finlandesas, realizado por Kurki y col. ⁽⁷⁸⁾, en el 2000, demuestra la relación entre factores psicológicos y preeclampsia. Los resultados reportaron que mayores niveles de síntomas de ansiedad o depresivos al inicio del embarazo, antes del desarrollo de la preeclampsia, tiene 2 a 3 veces más probabilidad de desarrollar la enfermedad en comparación a mujeres menos ansiosas o deprimidas. El estudio realizado por Landbergis ⁽⁷⁹⁾ (1996) demostró que un mayor estrés en el primer trimestre se asocia a un mayor riesgo de preeclampsia en el tercer trimestre.

El estudio de Muñoz y Oliva, en el 2009, encontró que los estresores psicosociales familiares como la violencia intrafamiliar se asocian a la presencia de Síndrome Hipertensivo del Embarazo y/o síntomas de Parto Pretérmino. En oposición, el apoyo familiar es un factor protector para la aparición de dichas patologías ⁽¹⁴⁾.

Otro mecanismo que vincula el estrés materno con los resultados adversos es la inflamación. Los marcadores de la inflamación son predictores de los resultados maternos. El éxito de la gestación tiende a un equilibrio hacia la inmunidad mediada por anticuerpos y respuestas celulares inflamatorias como la producción de citoquinas ^(80,81).

Las citoquinas son proteínas producidas por distintas células pero básicamente por células del sistema inmunitario; tienen múltiples funciones y ejercen su acción a través de diferentes células diana. Las citoquinas pueden ser clasificadas como proinflamatorias y antiinflamatorias. Las citoquinas proinflamatorias promueve los mecanismos de la inflamación. Contrario a lo anterior, las citoquinas antiinflamatorias limitan la respuesta inmune inflamatoria, mediante la inhibición de la producción de citoquinas proinflamatorias ⁽⁸²⁾.

La respuesta inmune, depende de la modulación del balance de las citoquinas producidas por los tipos celulares T helper 1 (Th1) y T helper 2 (Th2). Estos subtipos de células T están asociados con diferentes propiedades funcionales. Las células T helper 1 (Th1) producen citocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF_{α}), interleuquina-12 (IL-12) e interferón gamma (INF_{γ}) ^(83, 84 85). Estas citoquinas son responsables de las reacciones inflamatorias del sistema inmune, estimulando la activación de macrófagos y la producción de anticuerpos opsonizantes que potencian la fagocitosis de patógenos. Las células T helper 2 producen citoquinas incluyendo interleuquina-4 (IL-4), interleuquina-5 (IL-5), interleuquina-6 (IL-6), interleuquina-10 (IL-10) e interleuquina-13 (IL-13) que favorecen la respuesta humoral e inhiben a las citoquinas Th1 ^(84, 85).

Un embarazo exitoso se asocia con una disminución de la actividad inflamatoria de las citoquinas T helper 1 y el mantenimiento o incremento de la actividad de las citoquinas T helper 2 antiinflamatorias ^(80, 81, 85).

Una citoquina de gran interés en el contexto del embarazo es la interleuquina-6 (IL-6), clasificada como una citoquina T helper 2, sin embargo, la interleuquina (IL-6) tiene propiedades proinflamatorias y antiinflamatorias. Los niveles elevados de interleuquina-6 (IL-6), durante el embarazo, son predictivos para el desarrollo de la infección, así como en los resultados adversos perinatales. Los altos niveles de

interleuquina-6 son predictores del nacimiento prematuro de causa idiopática o por infecciones relacionadas con los casos ⁽⁸⁶⁾.

El estrés, la ansiedad y síntomas depresivos, se han asociado con mayores niveles circulantes de citoquinas proinflamatorias; así como mayor respuesta inflamatoria a los factores del estrés psicológico ⁽⁸⁷⁾. La inflamación crónica contribuye al desarrollo de una serie de condiciones de salud graves, incluyendo enfermedades cardiovasculares ⁽⁸⁸⁾. Los niveles altos de interleuquina-6, están casualmente asociados con el desarrollo de hipertensión gestacional y parto pretérmino ⁽⁸⁹⁾.

La hipertensión gestacional y la preeclampsia, son condiciones que se caracterizan por altos niveles de marcadores inflamatorios circulantes, incluyendo la interleuquina-6 ⁽⁹⁰⁾. La inflamación, disfunción placentaria, el metabolismo lipídico anormal, y la disfunción endotelial, caracterizan la preeclampsia y pueden ser respuestas inducidas por citoquinas proinflamatorias. La evidencia sugiere que la respuesta inmune inflamatoria es la clave para el desarrollo inicial de la enfermedad ⁽⁷⁴⁾.

Los niveles elevados circulantes de citocinas proinflamatorias, se han asociado con mayor riesgo de parto prematuro ⁽⁸⁶⁾. La respuesta inmune inflamatoria puede causar por lo menos tres vías de parto prematuro; incluyendo la activación contracciones prematuras, la maduración cervical y causando la ruptura de las membranas ⁽⁹¹⁾.

La infección mediante la estimulación de la respuesta inmune es una de las causas del parto pretérmino. Las mujeres que muestran una mayor respuesta inflamatoria a la infección durante el embarazo, pueden ser más propensas a experimentar el parto prematuro. debido a la asociación con los niveles elevados de interleuquina-6 ⁽⁹²⁾. De lo anterior se esboza que la infección causada por factores como el estrés, estimulan mecanismos inflamatorios capaces de provocar parto pretérmino ^(93, 94).

Por lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en las puérperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho?

II. OBJETIVOS

II.1 Objetivos General

- Analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante el periodo Diciembre 2011 - Febrero 2012.

II.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características generales de las puérperas adolescentes.
- Determinar las características de la violencia física en puérperas adolescentes
- Determinar las características de la violencia psicológica en puérperas adolescentes.
- Determinar las características de la violencia sexual en puérperas adolescentes
- Analizar la asociación entre la violencia física y los resultados maternos en puérperas adolescentes.
- Analizar la asociación entre la violencia psicológica y los resultados maternos en puérperas adolescentes.
- Analizar la asociación entre la violencia sexual y los resultados maternos en puérperas adolescentes.

III. METODOLOGÍA

III.1 Tipo de estudio

Estudio de tipo comparativo, transversal, retrospectivo.

III.2 Definición de la población

Puérperas adolescentes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho durante el periodo Diciembre 2011 - Febrero 2012.

III.3 Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital San Juan de Lurigancho, Hospital II-1, que pertenece a la Dirección de Salud Lima Este IV, ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho.

En la estructura orgánica el hospital cuenta con diez servicios: Consulta Externa y Hospitalización, Medicina, Cirugía y Anestesiología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Odontoestomatología, Enfermería, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico y Apoyo al Tratamiento.

El área de Gineco-obstetricia con el servicio de Emergencias GinecoObstétricas, Hospitalización Materno y con servicios de consulta externa donde se brinda atención médica además del servicio de Planificación Familiar, Obstetricia, Psicoprofilaxis y el Programa de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida.

Los servicios de consulta externa son los siguientes: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Gastroenterología, Neumología, Neurología, Psiquiatría, Reumatología, Cardiología, Urología Otorrinolaringología, Traumatología, Oftalmología, Odontología, Psicología, Medicina Física y Rehabilitación, Nutrición además de estrategias sanitarias como tuberculosis, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo. El horario de atención es de ocho de la mañana hasta ocho de la noche y emergencia las 24 horas del día.

III.4 Diseño

Se realizó un estudio, comparativo, transversal durante el período de diciembre 2011 a febrero 2012 en el Hospital de San Juan de Lurigancho. Se eligieron las participantes en el Servicio de Hospitalización Materno, a través de la revisión previa de las interconsultas con el Servicio de Psicología; se constató la presencia o ausencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se seleccionaron 116 participantes en donde se obtuvo el grupo 1: Con violencia intrafamiliar (58 participantes), puérperas con violencia evidente en el informe de la interconsulta con el Servicio de Psicología y grupo 2: sin violencia intrafamiliar (58 participantes) a la ausencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo. Para ello se aplicó criterios de inclusión y exclusión, confinados en la hoja de selección de participantes. Se hizo énfasis en la necesidad de informar el propósito, beneficios y relevancia del estudio a las entrevistadas y sus padres. Las puérperas adolescentes que aceptaron ingresar en la investigación firmaron el asentimiento según lo estipulado en el Reglamento de Ensayos Clínicos del Perú con menores de edad. Se facilitó una copia del consentimiento informado firmado por los padres a los mismos. La investigación consistió en entrevistar a puérperas adolescentes, hospitalizadas con el diagnóstico de puérpera mediatas o inmediatas de parto eutócico o cesárea. Para la entrevista se utilizó un formulario diseñado para identificar las características de la violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se recolectaron las características generales de las puérperas adolescentes y los datos de la violencia intrafamiliar retrospectivamente; mediante la aplicación de un formulario de recolección con 16 preguntas. Se preguntó sobre las características de los tipos de violencia intrafamiliar como: ocurrencia, parentesco con el agresor, formas de agresión y convivencia con el agresor. Los resultados maternos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas retrospectivamente. Los datos recolectados fueron tabulados en una base de datos Microsoft Excel; se utilizó programas SPSS versión 20.0 para el análisis de los datos.

III.5 Diseño muestral

a. Unidad de análisis

Gestante adolescente.

b. Unidad de muestreo

Puérpera adolescente inmediata o mediata de parto eutócico o cesárea.

c. Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de muestra se realizó en base a la prevalencia de violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes observada, en el estudio de Graciela Colombo y cols., titulado Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa del embarazo, parto y puerperio ⁽⁸⁾, correspondiente a 21.9%. Para determinar el tamaño de muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

N población de estudio de diciembre 2011 a febrero 2012, fue 285 puérperas adolescentes.

Z es el valor correspondiente a la distribución de Gauss de 1.96, con un nivel de confianza de 95%.

p = proporción esperada de la característica a evaluar, en este caso p=0.219 (21.9%) con la finalidad de maximiza el tamaño muestral.

q = es 1-p (q = 0.781).

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio, en este caso corresponde a 0.1.

$$n = \frac{(1.96)^2 (285)(0.219)(0.781)}{(0.1)^2(285 - 1) + (1.96)^2 (0.219)(0.781)}$$

$$n = 53.54 = 54$$

d. Tipo de muestreo

Según los criterios identificados para los fines del estudio, el tipo de muestreo es no probabilístico y la técnica de muestreo por conveniencia.

e. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

Grupo 1: Con violencia intrafamiliar

- Puérperas adolescentes* (10 a 19 años) víctimas de violencia intrafamiliar en el embarazo.
- Puérperas adolescentes de parto eutócico o cesárea.
- Puérperas adolescentes que desean participar en el estudio.
- Puérperas adolescentes con interconsulta en psicología.
- Puérperas adolescentes con educación primaria como mínimo.

Grupo 2: Sin violencia intrafamiliar

- Puérperas adolescentes* (10 a 19 años) con ausencia de violencia intrafamiliar en el embarazo.
- Puérperas adolescentes de parto eutócico o cesárea.
- Puérperas adolescentes que desean participar en el estudio.
- Puérperas adolescentes con interconsulta en psicología.
- Puérperas adolescentes con educación primaria como mínimo.

(*)Basado en el criterio de La Organización Mundial de la Salud.

Criterios de Exclusión

Grupo con violencia intrafamiliar y sin violencia intrafamiliar

- Adolescentes cuya vía de terminación del embarazo sea el aborto (menor de 22 semanas o 500 g)
- Puérperas adolescentes que no desean participar en el estudio.
- Puérperas adolescentes con trastorno psiquiátrico.
- Puérperas adolescentes con impedimento del habla.
- Puérperas adolescentes con alguna enfermedad preexiste al embarazo.

III.6 Variables de estudio

Variables dependientes

Resultados maternos

Dimensiones:

Resultados maternos favorables

Resultados maternos adversos

Violencia intrafamiliar

Dimensiones:

Violencia física

Violencia psicológica

Violencia sexual

Variables Intervinientes

Edad

Estado civil

Grado de instrucción

Zona o ubicación del domicilio

Procedencia

Definición conceptual de términos

Resultados maternos: Son los efectos o las consecuencias de la violencia intrafamiliar en la salud materna. Los resultados maternos pueden ser favorables o adversos.

Resultados maternos favorables: Ausencia de complicaciones o patologías que pueda afectar el embarazo o su vía de culminación.

Resultados maternos adversos: Complicaciones o patologías asociadas al embarazo que ponen en riesgo la salud materna y la vía de culminación del embarazo.

Violencia: Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte.

La Violencia Intrafamiliar: Es el “uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato”. La violencia intrafamiliar puede ser física, psicoemocional y sexual.

Violencia Física: Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, lanzar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en lugares peligrosos, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida.

Violencia psicológica o emocional: La violencia psicológica puede incluir gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.), celos, posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes.

Insultos: Ofender con palabras irritando y provocando.

Amenazas: Delito consistente en intimidar a alguien con el anuncio de la provocación de un mal grave para él o su familia. Ejemplos de amenazas serian: asustarla con amenazas, amenazarla con suicidio.

Humillación: Denigrar física y moralmente a una persona.

Intimidación: Provocar miedo a través de miradas, acciones y gestos. Destrozar objetos, romper cosas personales, maltratar animales y mostrar armas.

Abandono: Ausencia física y económica.

Violencia sexual: Incluye sexo forzado o degradación sexual como: intentar que la persona tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está conciente.

Acoso sexual u hostigamiento sexual Es una persecución realizada a una mujer o a un hombre por el acosador o acosadora. Es nocivo para la salud de la persona sometida al acoso porque afecta la salud mental, comodidad y productividad de esta en su centro de trabajo o medio social en el que se desenvuelve, ocasionando malestares físicos y psicológicos. Sus manifestaciones incluyen los roces, insinuaciones sexuales, tocamientos, piropos obscenos.

Abuso sexual: Es un acto sexual intimidatorio que no cuenta con el consentimiento de la víctima que es sometida con amenazas, el uso de la fuerza o bajo el influjo de drogas u otros fármacos que disminuyen o anulan su capacidad de respuesta. Es una interacción entre un abusador y una víctima cuando esta se utiliza para estimulación sexual del primero, o de otra persona. En el abuso el abusador/a esta en posición de poder o de control, sobre el abusado/a y esto le permite cometer el abuso. La violación es una forma de abuso sexual.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

Estado civil: Situación de la persona dentro de la sociedad en relación con los deberes y derechos que le corresponden dentro de ella.

Grado de instrucción: Nivel de estudios alcanzado o en curso.

Zona o ubicación del domicilio: Cada una de las demarcaciones en que se subdivide un distrito.

Procedencia: Lugar de nacimiento.

III.7 Técnicas e instrumentos

Para la recolección de la información en la presente investigación se utilizó el método de la encuesta y la técnica de la entrevista estructurada. Los instrumentos utilizados en el estudio fueron:

- **Hoja de selección (Anexo A).** Corresponde a un formulario donde se registraron los criterios de inclusión y exclusión para la selección de participantes.
- **Formulario de recolección de datos (Anexo B).** Corresponde a un cuestionario con 16 preguntas cerradas con respuestas de opción múltiple precodificadas; su aplicación fue de carácter individual. Consta de datos relacionados a características generales e identificación de la violencia intrafamiliar. El instrumento fue confeccionado en base a las referencias bibliográficas. La validez del contenido, confiabilidad y constructo fue medido con la realización de una prueba piloto con una muestra de 26 unidades de análisis, a fin de corroborar su correcta interpretación; obteniéndose valores de coeficiente de Pearson en todas las preguntas mayores a 0.2 y respecto a la confiabilidad del instrumento el alpha de Cronbach fue 0.947, en conclusión el instrumento es válido y confiable hacia la población de estudio y según lo que se desee medir. (Ver ANEXO I, ANEXO J, ANEXO K).
- **Hoja de registro de recolección de resultados maternos (Anexo C).** Corresponde a un formulario en donde se registraron los resultados maternos; para ello se realizó la revisión de la historia clínica.

III.8 Plan de Procedimiento

Se procedió a realizar una solicitud de permiso dirigida al Director del Hospital y a los responsables del Departamento de Gineco Obstetricia. Posteriormente se inició la selección de participantes siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, eligiendo a las puérperas adolescentes pertenecientes al grupo 1 (con violencia intrafamiliar) y al grupo 2 (sin violencia intrafamiliar). Una vez seleccionadas se procedió a informarles e invitarles al estudio. Mediante una plática informativa se explicó el motivo y el fin de la investigación; sensibilizándola sobre la relevancia de la investigación.

Las puérperas adolescentes que aceptaron ingresar al estudio firmaron el asentimiento. Inicialmente la identificación de violencia fue hecha por la psicóloga de la institución, quien mediante la interconsulta realizada a toda puérpera adolescente, efectuó el tamizaje de la violencia. La Psicóloga de la Institución hace constar el tipo de maltrato recibido en el documento de acta de entrega utilizado como referencia para encontrar los casos de violencia. La lectura de historias clínicas fue realizada por las investigadoras, con la finalidad de verificar los resultados maternos en el embarazo. Se aplicó el instrumento de la encuesta-entrevista estructurada, con una duración promedio de 15 minutos. Mediante la técnica de la entrevista estructurada, se procedió al llenando de cada uno de los ítems evitando respuestas dobles en donde no se requiera.

III.9 Análisis de datos

Los datos recolectados fueron tabulados y procesados en forma ordenada en la base de datos Microsoft Excel. El análisis e interpretación de la información obtenida se realizó mediante el programa estadístico SPSS vs. 20.0. En la presentación de los resultados se utilizó tablas simples y gráfico de barras. Se aplicó estadística descriptiva, chi cuadrado. Se consideró asociación estadística cuando se obtuvo diferencia significativa inferior a 0.05 ($p < 0.05$).

III.10 Aspectos Éticos de la investigación

La investigación respeta la confidencialidad y el derecho de consentimiento de participación en nuestro estudio, el cual posee importancia social, científica y clínica. Es conveniente establecer que la presente investigación es con fines de diagnóstico y nos conduce a mejoras en las condiciones de vida y bienestar de la gestante adolescente, contribuyendo en la prevención de la violencia intrafamiliar, mediante la implementación de programas de apoyo durante el embarazo, aunque no sea en forma inmediata. Para la selección de los sujetos del estudio determinamos que estos tenían que estar relacionados con las interrogantes de nuestra investigación. Durante la aplicación de la encuesta las participantes fueron tratadas con respeto y no se les presionó para que participen, si ellas no lo deseaban. Se garantizó la confidencialidad de la información brindada.

El consentimiento informado permitió dar a conocer el objetivo de nuestra investigación a los padres o apoderados; quienes firmaron autorizando la participación de la adolescente. A continuación se facilitó una copia del consentimiento a los padres.

El manejo de investigaciones con adolescentes debe cumplir con los requisitos que establece el Comité de Ética del Hospital de San Juan de Lurigancho, es por ello que las entrevistas deben ser orientadas por personal especializado. El hospital cuenta con servicios encargados de tamizar la violencia en adolescentes, por lo tanto toda puérpera adolescente debe contar con interconsulta al servicio social y psicología. Además, miembros del poder judicial también se encargan de tamizar la violencia y evaluar las condiciones de vida de las puérperas adolescentes. Respetando la vulnerabilidad de dicho grupo etario, se solicitó la orientación del servicio de Psicología.

IV. RESULTADOS

Se presentan los resultados divididos en tres áreas de acuerdo a los objetivos establecidos. La primera correspondiente a las características generales de las adolescentes estudiadas, la segunda división corresponde a los datos relacionados a la violencia intrafamiliar y la tercera a los resultados maternos.

a. Características Generales de las adolescentes

En la tabla N°1 se muestra algunas características demográficas pertenecientes a la población de estudio. La edad promedio de las puérperas adolescentes oscila entre 17.1 ± 1.2 años (10-14 años es 0.9% y de 15–19 años es 99.1%), con un valor modal en los 16 años (30.2%) y un rango entre 14 y 19 años. La mayoría de participantes fueron adolescentes tardías (99.1%).

Respecto al grado de instrucción, el nivel de secundaria incompleta fue el mayor porcentaje (56.9%), una menor frecuencia se obtuvo para el nivel de secundaria completa (31.9%) y primaria completa (5.2%). Solo el 1.7% de adolescentes no completó los estudios de primaria. El 3.4% de las participantes alcanzaron nivel técnico incompleto, mientras solo una participante manifestó nivel universitario incompleto.

En relación al estado civil, se observó una mayor frecuencia de participantes solteras (50.9%), seguido en un menor porcentaje por el estado civil conviviente (48.2%) y casada (0.9%). No se encontró en las puérperas adolescentes el estado civil separada.

El 95.7% de las puérperas adolescente proceden de la costa seguido en una menor frecuencia por la sierra (4.3%). No se encontró procedencia de la selva.

Referente a la zona o ubicación del domicilio, el 31% de participantes señalaron como sitio de su vivienda la zona de Huáscar, seguido por la zona de Bayovar con 15.5%.

Tabla N°1: Características sociodemográficas en Puérperas Adolescentes con violencia intrafamiliar en el embarazo. Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012.

	Violencia Intrafamiliar	
	n	%
Edad.		
10 - 14 años	1	0.9%
15 - 19 años	115	99.1%
Grado de Instrucción.		
Primaria Incompleta	2	1.7%
Primaria completa	6	5.2%
Secundaria incompleta	66	56.9%
Secundaria completa	37	31.9%
Técnico incompleto	4	3.4%
Superior universitario incompleto	1	0.9%
Estado civil.		
Soltera	59	50.9%
Conviviente	56	48.2%
Casada	1	0.9%
Procedencia		
Costa	111	95.7%
Sierra	5	4.3%
Zona.		
Huáscar	36	31.0%
Bayovar	18	15.5%
Canto Grande	13	11.2%
Montenegro	8	6.9%
Las Flores	8	6.9%
José Carlos Mariátegui	7	6.0%
Mariscal Cáceres	7	6.0%
Cruz de Motupe	4	3.5%
Otros	15	13.0%
Total	58	100.0%

Fuente: Encuesta Adhoc.

b. Datos relacionados a la violencia intrafamiliar

Tabla N°2: Frecuencia de los tipos de violencia Intrafamiliar en Puérperas Adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012".

	n	%
Solo violencia psicológica	44	75.9%
Violencia física y psicológica	8	13.7%
Solo violencia sexual	2	3.5%
Violencia psicológica y sexual	2	3.5%
Violencia física, psicológica y sexual	1	1.7%
Solo violencia física	1	1.7%
TOTAL	58	100.0%

Fuente: Encuesta Adhoc.

Considerando los tipos de violencia intrafamiliar estudiados, se encontró que el tipo de violencia más frecuente fue la violencia psicológica presentándose en un 94.8% de las participantes; seguida por la violencia física y la violencia sexual con 17.2% y 3.5% respectivamente.

El 18.4% de las puérperas adolescentes informaron ser víctimas de más de un tipo de violencia intrafamiliar, el 13.7 % reportó violencia psicológica y física, el 3.5% informó ser víctima de violencia psicológica y sexual y el 1.7% de las encuestadas manifiestan los tres tipos de violencia. (Ver Tabla N°2)

Tabla N°3: Características de la violencia física en Puérperas Adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012.

	n	%
Ocurrencia		
Si	10	17.2%
No	48	82.8%
Parentesco con el agresor.		
Madre.	6	60.0%
Padre.	2	20.0%
Pareja.	2	20.0%
Otros	2	20.0%
Formas de agresión.		
Golpes en el cuerpo	5	50.0%
Empujones	2	20.0%
Golpes en el cuerpo y empujones	3	30.0%
Convivencia con el agresor.		
Si	5	50.0%
No	5	50.0%
TOTAL	10	100.0%

Fuente: Encuesta Adhoc.

De las 58 puérperas adolescentes entrevistadas, 17.2% refirió violencia física en la gestación. Entre las adolescentes que informaron ser víctimas de violencia física, el 50% manifestó recibir golpes en el cuerpo durante su embarazo, mientras el 50% restante recibió empujones (20%) y golpes en el cuerpo más empujones (30%). Respecto a la persona causante del daño físico la madre es la más citada con un 60%, seguida por el padre (20%) y la pareja (20%). Algunas víctimas citan a más de un agresor, lo expuesto justifica el porcentaje total en relación al parentesco, mayor al 100 por cuanto. También se observa que el 50% de las participantes, vive con el agresor. (Ver Tabla N°3)

Tabla N°4: Características de la violencia psicología en Púerperas Adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012.

	n	%
Ocurrencia		
Si	55	94.8%
No	3	5.2%
Parentesco con el agresor		
Madre	32	58.2%
Padre	19	34.5%
Hermanos	3	5.5%
Pareja	19	34.5%
Otro	3	5.5%
Formas de agresión		
Gritos.	51	92.7%
Insultos.	19	34.5%
Humillación.	11	20.0%
Amenazas.	4	7.3%
Abandono.	3	5.5%
Intimidación.	2	3.6%
Convivencia con el agresor		
Si	34	61.8%
No	21	38.2%
TOTAL	55	100.0%

Fuente: Encuesta Adhoc.

Los resultados contenidos en la Tabla N° 4, permiten constatar que la mayoría de participantes del estudio manifiestan violencia psicológica (94.8%).

En relación al parentesco con el agresor, la pareja y ambos padres son los más citados, con 34.6% y 30.9% respectivamente. El 61.8% de púerperas adolescentes convive con el agresor. Las formas de agresión más frecuentes fueron los gritos (92.7%), seguida de los insultos (34.6%). Como se podrá apreciar el porcentaje total del parentesco con el agresor y las formas de agresión suman más de 100 por cuanto, pues algunos casos de violencia psicológica engloban más de un agresor, lo mismo ocurre con las formas de agresión.

Tabla N°5: Características de la violencia sexual en Puérperas Adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012.

	n	%
Ocurrencia		
Si	5	8.6%
No	53	91.4%
Tipos de agresión sexual		
Acoso sexual	4	80.0%
Abuso sexual	1	20.0%
Convivencia con el agresor		
Si	1	20.0%
No	4	80.0%
TOTAL	5	100.0%

Fuente: Encuesta Adhoc.

Los datos contenidos en la Tabla N° 5 muestran las características de la violencia sexual en el embarazo. Respecto a la ocurrencia, 8,6% de participantes del estudio refieren ser víctimas de violencia sexual. Respecto al tipo de agresión sexual, el 80% de puérperas adolescentes refieren acoso sexual, solo 1 participante manifiesta abuso sexual. Una de las participantes refiere vivir con el agresor.

c. Resultados maternos

Los resultados maternos son las implicancias de la violencia intrafamiliar en la salud materna, distinguiéndose dos tipos: favorables y adversos. Para nuestro estudio los resultados favorables se definen como la ausencia de complicaciones o patologías en el embarazo y los resultados adversos, patologías que ponen en riesgo la salud materna. De acuerdo con la literatura revisada, para el análisis de datos, se considerará resultados adversos a la preeclampsia, anemia, infección del tracto urinario, amenaza de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y la vía de culminación del embarazo.

Tabla N°6: Frecuencia de resultados maternos en Puérperas Adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012.

	Violencia Intrafamiliar				p
	SI		NO		
	n	%	n	%	
Resultados maternos adversos	47	81%	20	34.5%	<0.001
Resultados maternos favorables	11	19%	38	65.5%	
TOTAL	58	100%	58	100%	

Fuente: Encuesta Adhoc.

El grupo de puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar en la gestación presentó una mayor frecuencia de resultados maternos adversos durante el embarazo (81%) comparado con el grupo sin violencia intrafamiliar (34.5%) con diferencia significativa ($p < 0.001$). (Ver Tabla N°6)

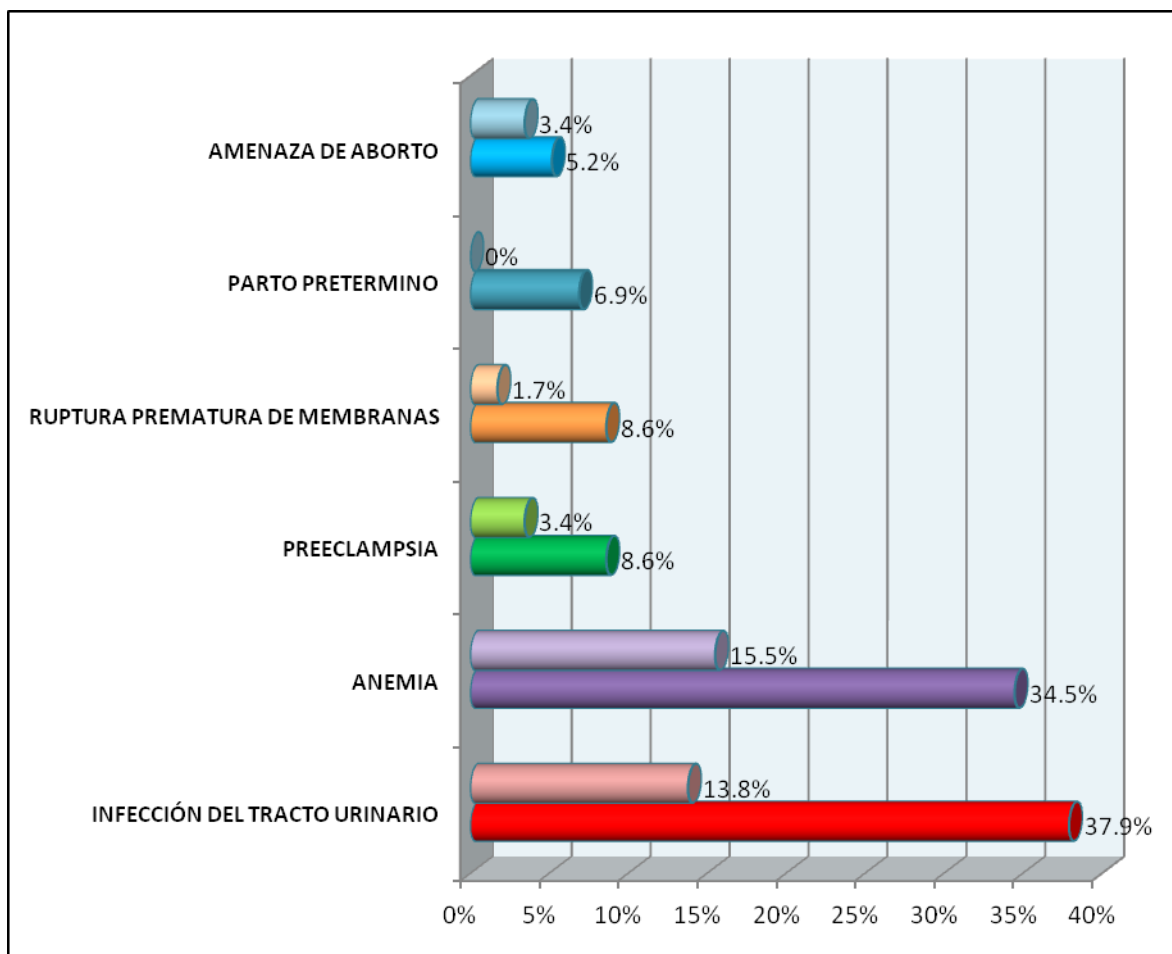
Tabla N°7: Frecuencia de los resultados maternos según los tipos de violencia intrafamiliar.
Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012.

	SI		NO		p
	n	%	n	%	
Algún tipo de violencia intrafamiliar	58	100%	58	100%	
Resultados maternos adversos	47	81%	20	34.5%	<0.001
Resultados maternos favorables	11	19%	38	65.5%	
Violencia Física	10	100%	106	100%	
Resultados maternos adversos	9	90%	58	54.7%	0.031
Resultados maternos favorables	1	10%	48	45.3%	
Violencia Psicológica	55	100%	61	100%	
Resultados maternos adversos	45	81.8%	22	36.1%	<0.001
Resultados maternos favorables	10	18.2%	39	63.9%	
Violencia Sexual	5	100%	111	100%	
Resultados maternos adversos	4	80%	63	56.8%	0.303
Resultados maternos favorables	1	20%	48	43.2%	

Fuente: Encuesta Adhoc.

En la Tabla N°7 se muestra la frecuencia de resultados maternos adversos y favorables, en función de los tipos de violencia intrafamiliar. Respecto a la violencia física, el 90% de participantes presentó resultados adversos durante el embarazo, encontrando diferencia significativa ($p<0.05$) en relación al grupo sin maltrato físico. En el grupo con violencia psicológica se observa un 81.8% de resultados adversos en la salud materna, este dato comparado con el grupo sin maltrato psicológico obtiene una diferencia significativa ($p<0.001$). El 80% de agresiones sexuales presentaron resultados adversos sin embargo al compararlos con el grupo sin violencia sexual no se obtuvo diferencia significativa.

Gráfico N°1: Porcentaje de resultados maternos adversos en puérperas adolescentes con presencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo. Hospital San Juan de Lurigancho
Diciembre 2011 - Febrero 2012.



Fuente: Encuesta Adhoc.

El resultados materno adversos más frecuente, en el grupo de participantes con violencia intrafamiliar durante el embarazo, fue la infección del tracto urinario (37.9%), seguida de la anemia (34.48%). En el grupo sin violencia intrafamiliar los resultados adversos con mayor porcentaje fueron la anemia (15.5%) y la infección de tracto urinario (13.79%). Los resultados maternos adversos como la preeclampsia, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y amenaza de aborto se presentaron en un mayor porcentaje en el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo. (Ver Gráfico N°1)

Tabla N°8: Resultados maternos en Puérperas Adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho
Diciembre 2011 - Febrero 2012.

	Violencia Intrafamiliar				p
	SI		NO		
	n	%	n	%	
Resultados maternos favorables	11	19%	38	65.5%	
Resultados maternos adversos	47	81%	20	34.5%	
Infección del tracto urinario	22	37.9%	8	13.8%	0.003
Anemia	20	34.5%	9	15.5%	0.018
Amenaza de aborto	3	5.2%	2	3.5%	0.648
Preeclampsia	5	8.6%	2	3.5%	0.242
Desprendimiento prematuro de placenta	0	0%	0	0%	
Parto pretérmino	4	8.5%	0	0%	0.042
Ruptura prematura de membranas	5	8.6%	1	1.7%	0.094
TOTAL	58	100%	58	100%	

Fuente: Encuesta Adhoc.

La Tabla N°7 presenta los resultados maternos en puérperas adolescentes. Los resultados adversos más frecuentes fueron la infección del tracto urinario y anemia en un 37.9% y 34.5% respectivamente, para el grupo con algún tipo de violencia intrafamiliar durante el embarazo; en el grupo de puérperas sin violencia intrafamiliar el 15.5% presentó anemia y el 13.8% infección del tracto urinario. Ambos resultados fueron los más frecuentes para los dos grupos obteniéndose diferencia significativa ($p < 0.05$) en relación a las puérperas sin violencia intrafamiliar.

La preeclampsia, ruptura prematura de membranas y amenaza de aborto se presentaron en menor porcentaje para ambos grupos, no se encontró diferencia significativa para los resultados mencionados.

El parto pretérmino ($p < 0.05$) se manifestó solo en el grupo con algún tipo de violencia intrafamiliar en la gestación.

No se obtuvo resultados de desprendimiento prematuro de placenta en ambos grupos.

Tabla N°9: Resultados maternos adversos de la violencia física en Puérperas Adolescentes.
Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012.

	Violencia física				p
	SI		NO		
	n	%	n	%	
Resultados maternos favorables	1	10%	48	45.3%	
Resultados maternos adversos	9	90%	58	54.7%	
Infección del tracto urinario	1	10%	29	27.4%	0.231
Anemia	5	50%	24	22.6%	0.056
Amenaza de aborto	0	0%	5	4.7%	0.483
Preeclampsia	3	30%	4	3.8%	0.001
Parto pretérmino	2	20%	2	1.9%	0.003
Ruptura prematura de membranas	1	10%	5	4.7%	0.471
TOTAL	10	100.0%	106	100.0%	

Fuente: Encuesta Adhoc.

En relación a la violencia física intrafamiliar, la anemia fue el resultado adverso más frecuente (50%). No se encontró diferencia significativa con el grupo sin violencia física, en los siguientes resultados maternos: anemia, infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas.

La preeclampsia y parto pretérmino se presentaron en el 30% y 20% de participantes con violencia física respectivamente; se halló diferencia significativa ($p < 0.05$) para los resultados mencionados.

La amenaza de aborto solo se manifestó en el grupo sin violencia física intrafamiliar. (Ver Tabla N°9)

Tabla N°10: Resultados maternos adversos de la violencia psicológica. Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012.

Resultados maternos	Violencia psicológica				p
	SI		NO		
	n	%	n	%	
Resultados maternos favorables	10	18.2%	39	63.9%	
Resultados maternos adversos	45	81.8%	22	36.1%	
Infección del tracto urinario	21	38.5%	9	14.8%	0.004
Anemia	20	36.4%	9	14.8%	0.007
Amenaza de aborto	3	5.5%	2	3.3%	0.564
Preeclampsia	4	7.3%	3	4.9%	0.595
Parto pretérmino	4	7.3%	0	0%	0.032
Ruptura prematura de membranas	5	9.1%	1	1.6%	0.07
TOTAL	55	100%	61	100%	

Fuente: Encuesta Adhoc.

Los resultados maternos más frecuentes, de las puérperas con violencia psicológica intrafamiliar durante la gestación, fueron la infección de tracto urinario y la anemia, con diferencia significativa ($p < 0.05$) en relación al grupo sin violencia psicológica.

La frecuencia de ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, preeclampsia y amenaza de aborto es mayor en el grupo con violencia psicológica. Solo se encontró diferencia significativa para el parto pretérmino ($p < 0.05$). (Ver Tabla N°10)

Tabla N°11: Resultados maternos adversos de la violencia sexual. Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012.

	Violencia sexual				p
	SI		NO		
	n	%	n	%	
Resultados maternos favorables	1	20%	48	43.2%	
Resultados maternos adversos	4	80%	63	56.8%	
Infección del tracto urinario	3	60%	27	24.3%	0.075
Anemia	1	20%	28	25.2%	0.792
Amenaza de aborto	0	0%	5	4.5%	0.628
Preeclampsia	0	0%	7	6.3%	0.562
Parto pretérmino	1	20%	3	2.7%	0.038
Ruptura prematura de membranas	0	0%	6	5.4%	0.593
TOTAL	5	100%	111	100%	

Fuente: Encuesta Adhoc.

En la tabla N°11, el resultado materno con mayor frecuencia en las víctimas de agresión sexual fue la infección de tracto urinario, sin embargo no se encontró diferencia significativa con el grupo sin violencia sexual.

La frecuencia de anemia y parto pretérmino fue similar en el grupo con violencia sexual en la gestación, aunque solo se encontró diferencia significativa ($p < 0.05$) para el parto pretérmino en relación al grupo sin violencia sexual.

La amenaza de aborto, preeclampsia y ruptura prematura de membranas solo se presentó en el grupo sin agresión sexual durante el embarazo.

Tabla N°12: Vía de culminación del embarazo según los tipos de violencia intrafamiliar. Hospital San Juan de Lurigancho Diciembre 2011 - Febrero 2012".

	SI		NO		p
	n	%	n	%	
Algún tipo de violencia intrafamiliar	58	100%	58	100%	
Parto Vaginal	47	81%	44	75.9%	0.498
Cesárea	11	19%	14	24.1%	
Violencia Física	10	100%	106	100%	
Parto Vaginal	8	80%	83	78.3%	0.901
Cesárea	2	20%	23	21.7%	
Violencia Psicológica	55	100%	61	100%	
Parto Vaginal	44	80%	47	77%	0.700
Cesárea	11	20%	14	23%	
Violencia Sexual	5	100%	111	100%	
Parto Vaginal	4	80%	87	78.5%	0.931
Cesárea	1	20%	24	21.5%	

Fuente: Encuesta Adhoc.

Respecto a las participantes sin violencia intrafamiliar, 75.9% culminaron su embarazo por parto vaginal y 24.1% por cesárea. De total las participantes víctimas de violencia intrafamiliar en la gestación, el 81% culminaron su embarazo por parto vaginal y el 19% por cesárea; en relación con el grupo sin violencia no se encontró diferencia significativa.

En relación a la vía de culminación del embarazo en función los tipos de violencia intrafamiliar, no se encontró diferencia significativa para la violencia física, psicológica y sexual en los grupos estudiados. (Ver Tabla N°12)

V. DISCUSIÓN

La Violencia Intrafamiliar pese a ser considerado un problema de salud pública y de morbilidad materno y perinatal, no ha logrado disminuir sus cifras satisfactoriamente en los últimos años. Según la Encuesta Demográfica de Salud y Familia (ENDES) 2009, su frecuencia es menor en 0.7% respecto a las estadísticas del año 2004.

La violencia intrafamiliar durante el embarazo tiene consecuencias preocupantes sobre la salud materna, que derivan en trastornos físicos y psicológicos. Los efectos del maltrato durante el embarazo incluyen lesiones físicas entre las que se incluye traumatismos abdominales capaces de provocar hemorragias durante el embarazo; dependiendo del trimestre en que se produce pueden ocasionar la pérdida del embarazo o la precipitación del parto. La violencia durante el embarazo tiene un impacto negativo sobre la salud mental de las gestantes quienes padecen de estrés, fatiga, apatía y depresión. Se ha documentado una variedad de consecuencias del maltrato en el embarazo como amenaza de aborto, anemia, infección del tracto urinario, preeclampsia y partos prematuros ^(69-70, 74, 77-79. 86-94).

El embarazo en la adolescencia, en la mayoría de los casos, no es aceptado por la familia; esta situación depende del tipo de familia, de las relaciones familiares y factores étnicos y culturales; de lo anterior depende el soporte emocional frente al embarazo, cuyo evento contrario es el abandono y maltrato por parte de los familiares. Es importante la detección temprana de la violencia intrafamiliar en el embarazo, más aún en poblaciones vulnerables como las adolescentes, debido al riesgo y complicaciones sobreimpuestos de un embarazo en esa etapa de la vida. La identificación del maltrato en la embarazada, debe realizarse durante el control prenatal. Actualmente el Sistema de Salud cuenta con módulos de atención y soporte de la violencia así como instrumentos que facilitan su detección oportuna; sin embargo, en oposición a la existencia de dichos instrumentos estos no se aplican a la totalidad de gestantes durante el control prenatal. Lo expuesto anteriormente, dificulta un manejo interdisciplinario adecuado de la violencia y de sus implicancias

en los resultados maternos. En este sentido, es importante el papel que desempeña el equipo de salud en la atención de la gestante víctima de violencia.

Un porcentaje significativo de las mujeres que sufren violencia intrafamiliar, corresponde a las adolescentes. En los registros de violencia de la Policía Nacional del Perú, se reporta un total de 5613 casos de violencia en adolescentes en el año 2009; en cuyas estadísticas se incluye a la violencia en el embarazo adolescente ⁽³⁷⁾. En la Encuesta Demográfica de Salud y Familia del mismo año el 14.2% de mujeres en un rango de edad de 15 a 19 años, manifiestan ser víctima de violencia doméstica (por parte de la pareja) ⁽²⁴⁾.

La violencia intrafamiliar es un fenómeno complejo cuyo estudio requiere del conocimiento de sus diversos componentes. En la presente investigación, la violencia psicológica intrafamiliar durante el embarazo predomina sobre la violencia física y sexual. Si bien existe diferenciación entre los tipos de violencia intrafamiliar, sus manifestaciones no se presentan de modo aislado; la violencia física supone la presencia de violencia psicológica. Los tipos de violencia intrafamiliar pueden manifestarse en forma combinada; en este caso la violencia física y psicológica se presenta en el 13.7% de las participantes de nuestro estudio; otras formas combinadas son la violencia psicológica y sexual en un 3.5%; además los tres tipos de violencia se evidencian en un 1.7% de los casos.

Pese a la idoneidad sobre el entorno familiar, el apoyo emocional y aceptabilidad del embarazo; resulta increíble que las embarazadas no estén exentas de cualquier tipo de violencia. El embarazo es un periodo vulnerable a la violencia, más aún si este hecho va acompañado de la gestación en la adolescencia. El embarazo en muchos de los casos supone el comienzo o el aumento del maltrato hacia la gestante. La violencia en el embarazo aumenta el riesgo de los resultados maternos adversos. Para muchos autores el maltrato en el embarazo puede ser más grave que cualquier otra complicación en la gestación. De mayor a menor los resultados maternos adversos, encontrados en nuestro estudio, en púerperas adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar durante el embarazo son: la infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), preeclampsia (8.6%), ruptura prematura de membranas (8.6%), parto pretérmino (8.5%) y amenaza de aborto (5.2%); el 19% de participantes presentó ningún resultado favorable. En el grupo sin violencia

intrafamiliar los resultados adversos en orden decreciente fueron: anemia (15.5%), infección del tracto urinario (13.8%), Preeclampsia (3.5%), amenaza de aborto (3.5%) y ruptura prematura de membranas (8.6%); el 34.5% presentó resultados favorables.

Diversas investigaciones, a nivel nacional, muestran la frecuencia de la violencia durante el embarazo. El estudio realizado por el Centro Flora Tristán, la Universidad Privada Cayetano Heredia y la Organización Mundial de la Salud ⁽⁹⁵⁾, señala un 14.8% de mujeres limeñas víctimas de violencia en la gestación, respecto al agresor en su mayoría fue la pareja (97.8%). Cripe y cols., en el 2007, en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal reportan un 40% de participantes víctimas de violencia durante el embarazo ⁽¹²⁾. Otros estudios nacionales advierten una incidencia menor, así tenemos a Guezmes ⁽⁴⁾, en donde el 14.8% de mujeres entrevistadas fue víctima de violencia durante su embarazo. Un porcentaje menor se evidencia en el estudio de Távara y cols. ⁽¹³⁾, en el 2007, donde el 12 % de púérperas menores de 20 años manifiestan violencia en la gestación.

En México un estudio realizado por Colombo y cols. ⁽⁸⁾, en el 2005, reportan un 28,4% de mujeres víctimas de algún tipo de violencia en la gestación; la ocurrencia de violencia en el embarazo en el grupo de adolescentes fue 21.9%; siendo los padres los principales agresores.

En nuestro estudio la ocurrencia de violencia física fue 18.9%. Este hallazgo no es muy variable en relación a las estadísticas reportadas por el ENDES 2009, en donde se señala a un 22% de mujeres en edad entre los 15 a 19 años víctimas de violencia física. Tita Flores reporta un porcentaje mayor (63%) de casos de violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Según el parentesco con el agresor la cifra reportada por Flores, corresponde a un 42.8% al padre, seguido de la madre (34.9%). Estos porcentajes comparados a nuestro estudio nos dan un orden similar respecto al parentesco con el agresor pero en porcentaje diferentes. El tipo de agresión más frecuente en el estudio realizado por Tita Flores ⁽¹⁰⁾, corresponde en su mayoría a formas de golpes en el cuerpo similar al resultado dado en nuestro trabajo.

Távora y cols. ⁽¹³⁾, en un estudio realizado en el año 2007 muestra al maltrato psicológico como el tipo de violencia predominante en la mayoría de los casos, seguida por la violencia física y sexual en menor porcentaje; estos resultados son similares a los hallados en nuestra investigación. El estudio realizado por Tita Flores, en el año 2006, en el departamento de Puno, reporta hallazgos similares en relación a la ocurrencia del tipo de violencia intrafamiliar recibida (violencia psicológica, física y sexual), con la diferencia en las cifras superiores a las encontradas en nuestro estudio; como explicación se puede plantear la comparación de las características socioeconómicas y culturales en las zonas rurales, zonas urbanas y urbano marginales ⁽¹⁰⁾.

Las cifras de violencia psicológica en gestantes adolescentes, en un estudio realizado en la ciudad de Puno, reportan que la mayoría de participantes (99%) fue víctima de este tipo de agresión, comparado a nuestra investigación la cifra resultante es relativamente menor (94.8%). Los tipos de agresión más frecuentes en dicho estudio fueron la reprensión y los gritos respectivamente. Esta manifestación de violencia es similar en el presente trabajo donde los gritos representan la agresión más frecuente ⁽¹⁰⁾.

La Encuesta Demográfica de Salud y Familia 2009 ⁽²⁴⁾, muestra cifras similares en la ocurrencia de violencia psicológica entre la zona rural y la zona urbana, siendo la frecuencia para las expresiones humillantes un 21.3 % y 23.4% en dichas zonas respectivamente. Lo anterior tiene relación con la aceptación y percepción de la violencia, en muchas localidades de la sierra del país la violencia física y psicológica forman parte de sus costumbres, siendo utilizadas como herramientas disciplinarias y no se catalogan como agresión ⁽¹⁰⁾. Las características socioeconómicas, culturales y étnicas de la población influyen sobre la tolerancia a la violencia y en algunos casos es asumida como un acto normal. Es posible inferir que dicha conducta va en detrimento de la autoestima de las mujeres sometidas a cualquier forma de maltrato. Empero, similares resultados han sido incluidos en la formulación de lineamientos y estrategias contra la violencia intrafamiliar; en forma particular cabe resaltar la implementación de políticas de salud diferenciadas para adolescentes actualmente, cuyos componentes de atención comprenden el desarrollo de acciones para la recuperación y rehabilitación de las víctimas de la

violencia ⁽³³⁾. Es importante mencionar la existencia de un Modulo de Atención para Niños y Adolescentes Maltratados (Mamis) en el Hospital San Juan de Lurigancho, dependencia de la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de paz.

La ocurrencia de violencia sexual contra la embarazada (8.6%) fue cercana a la informada en el estudio hecho por Tita Flores, en donde el porcentaje de este tipo de agresión fue de 4.2% ⁽¹⁰⁾.

Del análisis del perfil sociodemográfico de las puérperas adolescentes podemos observar respecto al estado civil, el porcentaje predominante fue soltera (50.9%), cifra cercana a la frecuencia de convivientes (48.2%); el grado de instrucción alcanzado por la mayoría de participantes es el nivel secundario con un 88.8%, de dicho porcentaje el 56.9% corresponde al nivel de secundaria incompleta y representó la mayoría de casos, mientras el 31.9% concluyeron sus estudios de secundaria. En el estudio realizado por Valenzuela, en México, el 52.3% de las participantes alcanzó el nivel secundario; los resultados difieren a los nuestros en un porcentaje 82.7%, esto debido a las diferencias económicas y socioculturales ⁽⁶⁾. El estudio realizado por Contreras y Beltrán, en el año 2005, en el Instituto Especializado Materno Perinatal, en adolescentes refleja resultados similares a los hallados en nuestro estudio con un porcentaje de 41.6% con estado civil soltera ⁽⁷⁾.

En relación a la procedencia, el 95.7% de las participantes proceden de la costa, el porcentaje restante proceden de la sierra, no se observa procedencia de la selva. A pesar de los resultados, el hecho de haber nacido en la costa no libera a las adolescentes de la violencia en el entorno familiar. Esto se puede explicar por la formación de asentamientos humanos en el Distrito de San Juan de Lurigancho en los años 70 y 80 con los desplazados de la violencia social y política provenientes de la sierra del país ^(96, 97). Es así, que diversas zonas del distrito como Huáscar, Canto Grande, Bayovar, José Carlos Mariategui, etc., recibió estos nuevos pobladores. Por lo tanto, los tipos de violencia intrafamiliar están influenciados por las características del entorno familiar de la adolescente ^(96, 97).

Durante décadas se viene considerando la violencia en el embarazo como un problema de salud pública que afecta la salud materna. Las complicaciones en el embarazo asociadas a la violencia son citadas en diferentes estudios; se destacan

una mayor frecuencia para patologías como la preeclampsia, infección urinaria, anemia, amenaza de aborto, parto pretérmino. Las consecuencias maternas de la violencia intrafamiliar son mayores en adolescentes debido a la vulnerabilidad de dicho grupo. Su estudio nos permitirá determinar cuáles son las principales resultados maternos en la gestación y qué tipo de acciones deben implementarse para revertir las consecuencias maternas ⁽⁹⁸⁾.

Respecto a los resultados maternos adversos de la violencia intrafamiliar, durante el embarazo, en nuestro estudio se presentan en el 81% de participantes. Diversos estudios refieren la proporción de los resultados maternos de la violencia intrafamiliar durante la gestación. El estudio de Paredes ⁽⁹⁾ en el año 2005, expone la asociación entre la violencia física intrafamiliar y el sangrado vaginal, presentándose en un 16% de casos. Távara, en otro estudio, reporta la existencia de un mayor riesgo de anemia, infección urinaria, parto pretérmino, preeclampsia en mujeres víctimas de violencia en el embarazo. En nuestro estudio los resultados maternos adversos, de la violencia intrafamiliar en la gestación, más frecuentes fueron la infección del tracto urinario (37.9%) y la anemia (34.5%) en puérperas víctimas de violencia en el embarazo. En el grupo sin violencia intrafamiliar el resultado adverso más frecuente fue la anemia (15.5%), seguido de la infección del tracto urinario (13.8%). Távara ⁽¹³⁾, en el 2007, encontró similares resultados en puérperas en edad reproductiva, en las puérperas víctimas de violencia en su embarazo, las complicaciones más frecuentes citadas fueron anemia (17.5 %) e infección del tracto urinario (9.4%); en grupo sin violencia en su embarazo se encontró mayor frecuencia para la anemia y la infección urinaria con el 4.9% y 3.1% respectivamente; resultados coincidentes con nuestro estudio ⁽¹³⁾. Los datos reportados sobre la vía de culminación en el mismo estudio reflejan cifras similares a las halladas en nuestra investigación; siendo el porcentaje de parto vía vaginal en víctimas de agresión durante el embarazo el 82,1% comparado a un 79.3% con parto vaginal en puérperas adolescentes con la misma característica. El estudio de la violencia intrafamiliar en el embarazo, nos ayudará a orientar acciones obstétricas a fin de prevenir resultados adversos.

Al analizar la presencia de anemia e infección del tracto urinario en el grupo con violencia intrafamiliar fue posible constatar la existencia de asociación significativa ($p < 0.05$) comparada con el grupo sin violencia. Esta misma asociación se encontró

en la violencia de tipo psicológica intrafamiliar ($p<0.05$). La presencia de anemia en el grupo con violencia física obtuvo diferencia estadística marginal ($p<0.06$). En el estudio de Távara y cols. ⁽¹³⁾, se encontró diferencia significativa ($p<0.05$) para la anemia e infección de tracto urinario. Estos hallazgos podrían sustentar la asociación de la violencia intrafamiliar como factor condicionante de resultados maternos adversos en la gestación.

Es conocido el efecto de la violencia intrafamiliar sobre la baja autoestima de quienes se ven afectados por dicha forma de maltrato; como consecuencia las personas víctimas de este tipo de agresiones se desvaloran descuidando su higiene, nutrición y su salud en general ^(48, 49, 50). Del descuido de la nutrición devienen trastornos como la anemia y falta de apetito, que requieren de suplementos derivados del hierro y vitamínicos para mejorar la deficiencia de los micro y macro constituyentes en la dieta ^(48, 49, 50).

La violencia intrafamiliar produce estrés y efectos nocivos sobre el embarazo. El estrés causa excitación del simpático y su agotamiento provoca fenómenos como la inhibición inmunitaria y conducta anormal sobre la gestación, teniendo como consecuencia infecciones, problemas de alimentación, rechazo entre otros ^(68, 69, 70, 72, 73).

Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos significativos de la estructura y función renal; los cuales favorecen la aparición de infecciones del tracto urinario. Típicamente el primer control prenatal facilita la detección de la bacteriuria asintomática y la infección del tracto urinario. Si la bacteriuria asintomática no es tratada a tiempo, alrededor de un 25% de mujeres presenta infección urinaria durante el embarazo ⁽⁶³⁾. En este sentido el grupo de gestantes agredidas durante el embarazo, no asiste oportunamente a la visita prenatal favoreciendo el desarrollo de infecciones del tracto urinario. Junto a lo anterior, existe evidencia que los altos niveles circulantes de marcadores inflamatorios, liberados por acción del estrés, favorecen la aparición de infecciones urinarias en el embarazo ^(92, 93, 94).

La ocurrencia de amenaza de aborto en las participantes corresponde a 5.2% en el grupo con violencia intrafamiliar, no se encontró diferencia significativa respecto al grupo sin violencia. Paredes ⁽⁹⁾, en el 2005, encontró asociación entre la violencia

física en el embarazo y el sangrado transvaginal; la amenaza de aborto fue una de las causante del sangrado en un porcentaje de 19%.

El estudio realizado por Leeners y cols., señala el efecto significativo del estrés psicológico en la ocurrencia de trastornos hipertensivos en la gestación ⁽⁴⁷⁾. Muñoz demostró que los estresores psicosociales entre ellos la violencia intrafamiliar se asocian a la presencia de Síndrome Hipertensivos en la gestación (35.6 %, con diferencia significativa $p<0.001$) ⁽¹⁴⁾. Estos hallazgos, difieren de nuestro estudio, debido a la ocurrencia de casos de preeclampsia menor a la reportada en el estudio mencionado (8.6%), se encontró diferencia significativa ($p<0.05$), en función a la violencia intrafamiliar de tipo física.

Respecto al parto pretérmino, el 8.5% de puérperas adolescentes presentan dicho resultado adverso y solo se manifestó en el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo; se encontró diferencia significativa ($p<0.05$) en función de algún tipo de agresión en el entorno familiar y en forma aislada en los tipos de violencia intrafamiliar; física, psicológica y sexual. Távara ⁽¹³⁾, encontró una frecuencia menor de casos de parto pretérmino en víctimas de agresión durante su embarazo (3,9%), con diferencia significativa ($p<0.05$). El parto pretérmino tiene muchos factores etiológicos entre ellos el estrés. El estrés actúa como un factor predictor de la duración del embarazo, y provoca en el organismo la liberación de corticotropinas desencadenantes del trabajo de parto ⁽⁸⁸⁾. La violencia intrafamiliar durante la gestación constituye uno de los principales factores estresantes, desencadenantes del trabajo de parto pretérmino; la liberación de agentes en situaciones de estrés como corticotropinas, prostaglandinas y interleuquina 6 favorecen lo casos de parto pretérmino. El estudio de Muñoz ⁽¹⁴⁾, asocia la violencia intrafamiliar y otros factores estresores a síntomas de Parto Pretérmino.

En relación a la ruptura prematura de membranas el grupo con violencia intrafamiliar obtuvo una mayor frecuencia de casos (8.6%), referente al grupo sin violencia no se evidencia diferencia significativa para la violencia intrafamiliar y sus tipos. En el estudio de Távara y cols. ⁽¹³⁾, la ruptura prematura de membranas fue uno de los resultados más frecuentes en el grupo con violencia, a diferencia de nuestro estudio si se obtuvo diferencia significativa ($p<0.05$).

Dentro de las limitaciones del presente estudio podemos citar, el tipo de diseño transversal, con el cual solo se tiene un momento de medición, en donde las entrevistadas reportan las características de la violencia intrafamiliar durante su embarazo y esto puede conllevar a sesgos de memoria. Otra limitación es que a pesar de asegurar la confidencialidad de los datos brindados, muchas de las participantes podrían minimizar u ocultar información por temor a mencionar, denunciar a sus familiares como agresores o verse implicadas en asuntos legales (abuso sexual). Finalmente no se incluyó dentro del estudio a participantes adolescentes con diagnóstico de pérdida gestacional, debido a que dicho grupo necesita el manejo integral del Servicio de Psicología y cualquier pregunta del tema de violencia o referente a la pérdida debe manejarse con precaución. El hecho de no contar con la participación de adolescente con pérdida gestacional, limita los resultados maternos de la violencia física como pérdida del embarazo y desprendimiento prematuro de placenta, reportados en otras investigaciones.

Es necesario incluir medidas para la prevención, recuperación, rehabilitación y manejo adecuado de los casos de violencia intrafamiliar en la gestante adolescente como: 1) La intervención y capacitación de la Obstetriz en la atención diferenciada de los casos de violencia intrafamiliar; su identificación, manejo y derivación oportuna. 2) Verificar el cumplimiento de la aplicación de los instrumentos de detección y tamizaje de la violencia intrafamiliar, a fin de obtener los porcentajes reales de violencia intrafamiliar que puedan fortalecer las estrategias de prevención y atención oportuna de las personas que sufren de violencia. 3) Contribuir al desarrollo integral de las/los adolescentes a través del mejoramiento de su calidad de vida, mediante la implementación de mas servicios de salud para adolescentes y el mejoramiento de los servicios ya existentes. 4) Revertir la deficiencia de orientación sexual, capacitando a los/las adolescentes en la toma decisiones informadas; incrementando la información oportuna para prevenir y disminuir los casos de violencia intrafamiliar. Las medidas de detección y manejo oportuno de los casos de violencia durante el embarazo ayudarán a prevenir una mayor frecuencia resultados maternos adversos, con un manejo adecuado y multidisciplinario. De los resultados de esta investigación podemos inferir que las adolescentes con violencia durante el embarazo es grupo vulnerable; la identificación de cualquier tipo de

violencia requiere de una atención especial por las implicancias del maltrato en la salud materna.

La violencia intrafamiliar tiene consecuencias sobre la salud mental de la víctima, que van desde el estrés postraumático, la depresión, ansiedad, trastornos de pánico. La violencia en el embarazo produce estrés. Los síntomas psicosociales de estrés predicen un mayor riesgo en los resultados perinatales negativos. Mejorar los síntomas de estrés y ansiedad en el embarazo contribuye a la disminución de complicaciones y resultados adversos en la gestación ^(99, 100).

La comprensión de los efectos de la violencia intrafamiliar en la salud de las adolescentes durante el embarazo es fundamental, porque un embarazo exitoso se caracteriza por la supresión de ciertos aspectos que menoscaban el bienestar del binomio madre-hijo. Se sugiere una mejor intervención con la detección temprana de cualquier forma de violencia a fin de prevenir resultados adversos en el embarazo.

VI. CONCLUSIONES

- Al analizar las características generales de las adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar en el embarazo, se observa una mayor frecuencia de: convivientes (55.2%), nivel de instrucción incompleto (65.5%), procedencia de la costa (96.5%).
- El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente es la violencia psicológica (94.8%), en un menor porcentaje se presentan la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%).
- De las participantes el 20.7 % manifiesta ser víctima de más de un tipo de violencia intrafamiliar. De dicho porcentaje el 3.5% refieren los tres tipos de violencia intrafamiliar.
- Respecto a las características de la violencia física el 40% de las adolescentes es agredida por la madre, el tipo de agresión más frecuente son los golpes en el cuerpo (50%). El 50% de las participantes convive con el agresor. La mayoría de los casos de violencia física es acompañada de violencia psicológica (13.7%).
- Respecto a la violencia psicológica la mayoría de adolescentes es agredida por la pareja (34.6%), el tipo de agresión psicológica más frecuente son los gritos (92.7%). El 61.8% de víctimas de violencia psicológica convive con el agresor.
- En relación a la violencia sexual, el tipo de agresión más frecuente es el acoso sexual en un 100% de los casos, solo una participante refiere abuso sexual por un familiar.
- Las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo respecto al grupo sin violencia, presentan una mayor frecuencia de resultados adversos en la gestación ($p < 0.001$).

- Los resultados adversos más frecuentes en el grupo de puérperas con violencia intrafamiliar son: la infección de tracto urinario y anemia, se encontró diferencia significativa para estos hallazgos ($p<0.05$).
- Respecto a la violencia física intrafamiliar, 9 de cada 10 víctimas de este tipo de agresión presentan resultados adversos en el embarazo. La infección urinaria es el resultado más frecuente, sin embargo solo la preeclampsia y el parto pretérmino tienen diferencia significativa ($p<0.05$), respecto al grupo sin violencia física.
- En relación al maltrato psicológico intrafamiliar, la infección urinaria y la anemia son los resultados adversos más frecuentes; los resultados mencionados y el parto pretérmino tienen diferencia significativa para la violencia psicológica durante el embarazo.
- Los resultados adversos de la violencia sexual se presentan en 4 de cada 5 puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. El parto pretérmino es el único resultado con diferencia significativa para la agresión sexual.
- Respecto a la vía de culminación del embarazo el parto vaginal es resultado más frecuente en ambos grupos. No se obtiene diferencia significativa para el parto vaginal o cesárea.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios preferentemente de tipo longitudinal, en los diferentes establecimientos de salud del Distrito de San Juan de Lurigancho, a fin de permitir un seguimiento de los resultados maternos adversos de la violencia intrafamiliar durante la gestación.
- Se sugiere realizar estudios comparativos en adolescentes que relacionen la violencia intrafamiliar antes y durante el embarazo con los resultados maternos adversos.
- Realizar estudios sobre los resultados materno-fetales de la violencia intrafamiliar en adolescentes, a fin de crear estrategias para mejorar la identificación de la violencia durante la visita prenatal, así como el manejo interdisciplinario adecuado, el control y monitorización de los resultados asociados al maltrato.
- Se sugiere realizar estudios comparativos de los resultados maternos de violencia intrafamiliar en la población urbano marginal y rural.

VIII. Referencias

VIII.1 Referencias Bibliográficas

1. Arteaga Vega, Fulvio; López Cruz, Silvia Norma. Evolución de la mortalidad materna en América Latina, El Caribe y Bolivia. Aspectos que influyen. Arch.Boliv.Med. [revista en internet]. 2009 [acceso 4 setiembre del 2011]; 13(81): 35-40. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05252009000300011&lng=es&nrm=iso.
2. Cuevas Sofía, Blanco Julia, Juárez Clara, Palma Oswaldo, Valdez-Santiago Rosario. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud pública México. [revista en internet]. 2006 [acceso 5 de setiembre del 2011]; 48(2): 239-249. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800004&lng=pt.
3. Lam, Nelly; Contreras, Hans; Cuesta, Fátima; Mori, Elizabeth; Cordori, Janet; Carrillo, Natalia. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Rev. peru. epidemiol. [revista en internet]. 2008 [acceso 5 de setiembre del 2011]; 12(3). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v12_n3/pdf/a05v12n3.pdf.
4. Gúezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristan," Universidad Peruana Cayetano Heredia, WHO, 2002.
5. Távara-Orozco L, Zegarra-Samamé T, Zelaya C, et al. Detección de violencia basada en género tres servicios de atención de salud reproductiva. Ginecol Obstet. [revista en internet]. 2003 [acceso 11 de setiembre del 2011]; 49(1):31-38. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol49_n1/detección.htm
6. Valenzuela Pérez, Susana. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto. [Tesis de Maestría]. México: Universidad de Colima, Facultad de Medicina; 2004.
7. Contreras Zaravia, Norma Roxana; Beltrán Llacza, Carlos Jefferson. Asociación de la violencia basada en el género (maltrato físico, abuso sexual y psicológico) y resultados adversos del embarazo en madres adolescentes en el Instituto Especializado Materno Perinatal, Lima-2005[trabajo para optar el título de Especialista en Gineco-Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

8. Colombo, Graciela; Ynoun, Roxana; Viglizzo, Mónica; Venerada, Luciana; Iglesias, Gabriela; Stropparo, Pablo. Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa del embarazo, parto y puerperio. *Revista de Ciencias Sociales* [revista en Internet]. 2005 [citado 10 de setiembre del 2011]; 12(38): 81-107. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10503804>.
9. Paredes Solís, Sergio; Villegas Arrizón, Ascencio; Meneses Rentería, Alba; Rodríguez Ramos, Irma Esther; Reyes De Jesú, Luisa; Andersson Neil. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud pública Méx* [revista en Internet]. 2005 [citado 8 de setiembre del 2011]; 47(5): 335-341. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000500003&lng=pt.
10. Flores Sullca, Tita; Schirmer, Janine. Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno-Perú. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 julho-agosto; 14(4).
11. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, et al. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2008 Feb [cited 2011 Sep 7]; 100(2):104-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17963763>. Cited in: PubMed PMID: 17963763.
12. Crempien, Carla. Violencia doméstica durante el embarazo: magnitud del problema y consecuencias. *Revista de Psiquiatría Clínica* [internet] 2007[citado 10 de setiembre del 2011], 44(1): 31-40. Disponible en: http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6176/deploy/RPC%202007-1.pdf
13. Távara Orozco, Luis; Orderique, Luis; Zegarra Samamé, Tula; Huamaní, Silvia; Félix, Flor; Espinoza Tarazona, Kelvin; Chumbe Ruiz, Ovidio; Delgado, José; Guzmán Cruz, Oscar. Repercusiones Maternas y Perinatales de la Violencia Basada en Género. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2007; 53 (1): 10-17.
14. Muñoz, Maritza, Oliva, Patricio. Los estresores psicosociales se asocian a Síndrome Hipertensivo del embarazo y/o síntomas de Parto Prematuro en el embarazo adolescente. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en Internet]. 2009 [citado 31 de setiembre del 2011]; 74(5): 281-285. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500003. doi: 10.4067/S0717-75262009000500003.

15. Cepeda Silva, Armando; Morales Carmona, Francisco; Henales Almaraz, María; Méndez Cabello, Sara. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. *Perinatol Reprod Hum* [internet] 2011[citado 1 noviembre del 2011]; 25 (2): 81-87. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112d.pdf>
16. Organización Panamericana de la Salud. Definición del empoderamiento desde la perspectiva de los adolescentes. Unidad de Salud del Niño y el adolescente OPS/OMS. 2006.
17. Cutiño BS, Álvarez Franco E, Mestre Salazar LC, Duarte DL, Pérez Gari O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. *MEDISAN* [revista en internet]. 2006. [acceso 2 de setiembre del 2011]; 10 (3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.ht
18. Ley N° 27337: Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes. Código Penal.
19. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health*. [Internet] 2009 Sep[cited 2011 Nov 7]; 45(3):216-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17963763>. Cited in: PubMed PMID: 19699416.
20. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Adolescence: A time that matters. UNICEF. Nueva York, 2002.
21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Adolescent Development: Perspectives and frameworks-A summary of adolescent needs, an analysis of the various programme approaches and general recommendations for adolescent programming [internet]. New York: UNICEF; 2006. [acceso 16 de noviembre del 2011]. Disponible en: http://www.unicef.org/adolescence/files/ADAP_series_1.pdf
22. Mortalidad en adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* [revista en la Internet]. 2005 Junio-Mayo [acceso 15 de noviembre del 2011]; 62(3): 225-238. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000300010&lng=es.
23. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente; 2010 [acceso 4 de setiembre del 2011]. Programas y Proyectos: Salud y desarrollo del niño y del adolescente. Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/index.html.
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua, 2009. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. 2010.

25. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI): Censos Nacionales de XI Población y VI Vivienda 2007. Perfil Socio demográfico. 2da Edición 2008. Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales y Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
26. Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Revista Acta Bioethica. Año XIII – N° 2 – 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/BIO/acta16.pdf>.
27. Torres Mora, Yenni Nicola. Guía Didáctica: Psicología del Desarrollo II. [Internet]. Ecuador: Universidad Técnica de Loja; 2007 [acceso 16 de setiembre del 2011]. Disponible en: <http://www.utpl.edu.ec/eva/descargas/material/98/PSIAPS62/G11402.pdf>.
28. González A Electra, Molina G Temístocles. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [revista en internet]. 2007 [acceso 16 de setiembre del 2011]; 72(6): 374-382. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000600004&Ing=es. Doi: 10.4067/S0717-75262007000600004
29. Manrique, Riscarle; Rivero, Airlen; Ortunio, Magaly. Parto pre término en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez, [revista en internet] 2008 setiembre [acceso 16 de setiembre del 2011]; 68(3): 141-143. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322008000300002&script=sci_arttext.
30. Allca Moreno, Gloria Luz. Adolescente embarazada: condiciones personales y expectativas futuras de desarrollo personal. Hospital María Auxiliadora 2007. Rev Per Obst Enf. [revista en internet]. 2009 [acceso 4 de setiembre del 2011]; 5(2): 110-120. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-77132009000200007&Ing=es&nrm=iso.
31. Capristan Díaz Rina, Otoyá Delgado María Fernanda, Rodríguez Méndez Cristina. Factores socio afectivos que influyen frente al embarazo precoz. Ciudad de Trujillo – Libertad .Octubre 2007.
32. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Washington, D.C. 2002.
33. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la Violencia Basada en Género. 2007.
34. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. 2002.
35. Javier Morillo. Manual de enfermería de asistencia pre hospitalaria urgente. 2007.
36. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015.

37. Policía Nacional del Perú. Dirección de la familia, participación y seguridad ciudadana. [sede web]. Lima: Dirección de la familia, participación y seguridad ciudadana [citado 7 de setiembre del 2011]. Estadísticas de violencia y familiar y violencia sexual 2009. Disponible en: <http://www.dirfapasec.gob.pe/dirfapasec/ESTADISTICAS/2009.pdf>.
38. Unicef Perú [sede web]. Perú: UNICEF [citado 16 de setiembre del 2011]. Situación del País. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3785.htm
39. Collado Peña, Susana; Villanueva Egan, Luis. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. 2005. Revista de Ginecología y Obstetricia de México.
40. Pacheco, José; Urbina, Claudia. Embarazo en adolescentes. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia. 2006.
41. Colegio de Obstetrices del Perú. Taller Nacional de Derechos sexuales y reproductivos. 2007.
42. Instituto Canario de la mujer. Servicio de coordinación del Sistema Integral contra la violencia de género. Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género. 2009.
43. Pallitto, Christina. Violencia doméstica y salud maternoinfantil y reproductiva: Un análisis crítico de la bibliografía. Organización Panamericana de la Salud. 2004.
44. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. J Obstet Gynaecol [Internet]. 2008 Apr [cited 2012 Jan 15]; 28(3):266-71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sarkar%20NN.%20The%20impact%20of%20intimate%20partner%20violence%20on%20women's%20reproductive%20health%20and%20pregnancy%20outcome>. Cited in: PubMed PMID: 18569465
45. Orr ST, James SA, Blackmore Prince C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. Am J Epidemiol [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2012 Jan 7]; 156(9):797-802. Available from: <http://aje.oxfordjournals.org/content/156/9/797.long>. Cited in: PubMed PMID: 12396996.
46. Jesse DE, Seaver W, Wallace DC. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. Midwifery [Internet]. 2003 Sep [cited 2012 Jan 10]; 19(3):191-202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Maternal%20psychosocial%20risks%20predict%20preterm%20birth%20in%20a%20group%20of%20women%20from%20Appalachia.%20>. Cited in: PubMed PMID: 12946335.

47. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2012 Jan 7]; 157(1):14-24. Available from: <http://aje.oxfordjournals.org/content/157/1/14.long>. Cited in: PubMed PMID: 12505886.
48. Nylen KJ, O'Hara MW, Engeldinger J. Perceived social support interacts with prenatal depression to predict birth outcomes. *J Behav Med* [Internet]. 2012 Jun 19 [cited 2012 Jan 28]. Available from: <http://www.springerlink.com/content/6123235400047534/>. Cited in: PubMed PMID: 22710981.
49. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, Gielen AC, Wynne C. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. [Internet]. 2002 May 27[cited 2012 Jan 5]; 162(10):1157-63. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=211435>. Cited in: PubMed PMID: 12020187.
50. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ* [Internet]. 1993 Nov 1 [cited 2012 Jan 7]; 149(9):1257-63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1485709/?tool=pubmed>. Cited in: PubMed PMID: 8221480.
51. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1994 Sep [cited 2012 Jan 11]; 84(3):323-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Parker%20B%2C%20McFarlane%20J%2C%20Soeken%20K.%20Abuse%20during%20pregnancy%3A%20effects%20on%20maternal%20complications%20and%20birth%20weight%20in%20adult%20and%20teenage%20women>. Cited in: PubMed PMID: 8058224.
52. ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2012 Feb [cited 2012 Jan 15]; 119(2 Pt 1):412-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=ACOG%20Committee%20Opinion%20No.%20518%3A%20Intimate%20partner%20violence.%20Obstet%20Gynecol>. Cited in: PubMed PMID: 22270317.
53. Salvador-Moysén J, Martínez-López Y, Lechuga-Quiñones A, Ruiz-Astorga R, Terrones-González A. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Rev Salud Pú. [revista en internet] México* 2000 [acceso 4 de setiembre del 2011]; 42(2):99-105. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10642205>

54. Mirabal G, Martínez M, Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enferm.* [revista en internet] 2002 [acceso 8 de noviembre del 2011]; 18(3):175-83. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_3_02/enf08302.htm
55. Wang HX, Leineweber C, Kirkeeide R, Svane B, Schenck-Gustafsson K, Theorell T, et al. Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerates progression of coronary disease in women. The Stockholm Females Coronary Angiography Study. *J Internal Med* [Internet]. 2007[cited 2011 Nov 12]; 261(3):245-254. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wang%20HX%2C%20Leineweber%20C%2C%20Kirkeeide%20R%2C%20Svane%20B%2C%20Schenck-Gustafsson%20K%2C%20Theorell%20T%2C%20et%20al.%20Psychoso%2ACcial%20stress%20and%20atherosclerosis%3A%20family%20and%20work%20stress%20accelerates%20progression%20of%20coronary%20disease%20in%20women>. Cited in: PubMed PMID: 17305647.
56. Rodrigues T, Rocha L, Barros H. Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 Feb [cited 2012 Jan 12]; 198(2):171.e1-6. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(07\)00629-1/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(07)00629-1/fulltext). Cited in: PubMed PMID: 17905171.
57. Nannini A, Lazar J, Berg C, Barger M, Tomashek K, Cabral H, Barfield W, Kotelchuck M. Physical injuries reported on hospital visits for assault during the pregnancy-associated period. *Nurs Res* [Internet]. 2008 May-Jun[cited 2012 Jan 18]; 57(3):144-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nannini%20A%2C%20Lazar%20J%2C%20Berg%20C%2C%20Barger%20M%2C%20Tomashek%20K%2C%20Cabral%20H%2C%200Barfield%20W%2C%20Kotelchuck%20M.%20Physical%20injuries%20reported%20on%20hospital%20visits%20for%20assault%20during%20the%20pregnancy-associated%20period>. Cited in: PubMed PMID: 18496099.
58. Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. *J Adolesc Health* [Internet]. 2001 Jan [cited 2012 Jan 7]; 28(1):55-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Covington%20DL%2C%20Justason%20BJ%2C%20Wright%20LN.%20Severity%2C%20manifestations%2C%20and%20consequences%20of%20violence%20among%20pregnant%20adolescents>. Cited in: PubMed PMID: 11137907.

59. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* [Internet]. 2002 Jun 10 [cited 2011 Nov 7]; 103(1):26-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rachana%20C%20K%20Suraiya%20COMO%20Hisham%20AM%20Abdulaziz%20Hai%20A.%20>. Cited in: PubMed PMID: 12039459.
60. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 1999 May [cited 2011 Nov 12]; 93(5 Pt 1):661-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cokkinides%20VE%20Coker%20AL%20C%20Sanderson%20M%20Addy%20C%20Bethea%20L.%20>. Cited in: PubMed PMID: 10912963.
61. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1994 Jun [cited 2012 Jan 8]; 170(6):1760-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Berenson%20AB%20Wiemann%20CM%20Wilkinson%20GS%20Jones%20WA%20Anderson%20GD.%20Perinatal%20morbidity%20associated%20with%20violence%20experienced%20by%20pregnant%20women>. Cited in: PubMed PMID: 8203437.
62. Tarvonen M, Ulander VM, Süvari L, Teramo K. Minor trauma during pregnancy can cause severe fetomaternal hemorrhage. [Internet]. 2011[cited 2011 Nov 8]; 127(16):1727-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tarvonen%20M%20Ulander%20VM%20S%20C%20BCvari%20L%20Teramo%20K.%20Minor%20trauma%20during%20pregnancy%20can%20cause%20severe%20fetomaternal%20hemorrhage>. Cited in: PubMed PMID: 21972591.
63. Cunningham, Gary; Leveno, Kenneth; Bloom, Steven; Hauth, Jhon; Gilstrap, Larry; Wenstrom, Katharine. *Williams Obstetricia*. 22a edición. México. Editorial McGraw-Hill. 2005.
64. Taggart L, Mattson S. Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy: cross-cultural implications. *Health Care Women Int.* [Internet]. 1996 Jan-Feb [cited 2011 Nov 8]; 17(1):25-34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%208707695>. Cited in: PubMed PMID: 8707695.

65. Dietz PM, Gazmararian JA, Goodwin MM, Bruce FC, Johnson CH, Rochat RW. Delayed entry into prenatal care: effect of physical violence. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 1997 Aug [cited 2011 Nov 19]; 90(2):221-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dietz%20PM%2C%20Gazmararian%20JA%2C%20Goodwin%20MM%2C%20Bruce%20FC%2C%20Johnson%20CH%2C%20Rochat%20RW.%20Delayed%20entry%20into%20prenatal%20care%3A%20effect%20of%20physical%20violence.%20>. Cited in: PubMed PMID: 9241297.
66. Koski AD, Stephenson R, Koenig MR. Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. *J Health Popul Nutr.* [Internet]. 2011 Jun [cited 2011 Nov 21]; 29(3):245-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131125/?tool=pubmed>. Cited in: PubMed PMID: 21766560.
67. Benedict MI, Paine LL, Paine LA, Brandt D, Stallings R. The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1999 Jul [cited 2012 Jan 8]; 23(7):659-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Benedict%20MI%2C%20Paine%20LL%2C%20Paine%20LA%2C%20Brandt%20D%2C%20Stallings%20R.%20The%20association%20of%20childhood%20sexual%20abuse%20with%20depressive%20symptoms%20during%20pregnancy%2C%20and%20selected%20pregnancy%20outcomes>. Cited in: PubMed PMID: 10442831.
68. Tortora, Gerard; Derrickson, Bryan. *Principios de Anatomía y Fisiología*. 11° ed. México D.F. Editorial Médica Panamericana. 2006.
69. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal of Maternal - Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 2007 [cited 2011 Nov 8]; 20(3):189-209. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Alder%20J%2C%20Fink%20N%2C%20Bitzer%20J%2C%20H%C3%B6sl%20I%2C%20Holzgreve%20W.%20Depression%20and%20anxiety%20during%20pregnancy%3A%20A%20risk%20factor%20for%20obstetric%2C%20fetal%20and%20neonatal%20outcome%3F%20A%20critical%20review%20of%20the%20literature>. Cited in: PubMed PMID: 17437220.
70. Michael A, Papageorgiou A. Potential significance of physiological and pharmacological glucocorticoids in early pregnancy. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2008 [cited 2011 Nov 2]; 14 (5):497-517. Available from: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/14/5/497.long>. Cited in: PubMed PMID: 18552168.

71. Herrera, Julián; Ersheng, Gao; Shahabuddin, A; Lixia, Dou; Wei, Yuan, Faisal, Mohammad; Barua, Pravat; Akhtner, Halida. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica [Internet]. 2006 (citado 25 de noviembre del 2011);37(2-1):6-14. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/431>.
72. Chambliss LR. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. Clin Obstet Gynecol. [Internet]. 2008 Jun [cited 2011 Nov 26]; 51(2):385-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=LR%20Chambliss.Partner%20violence%20and%20its%20implications%20for%20pregnancy>. Cited in: PubMed PMID: 18463468.
73. Boy A, Salihu HM. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. Int J Fertil Womens Med. [Internet]. 2004 Jul-Aug [cited 2011 Sep 16]; 49(4):159-64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Boy%2C%20A%3B%20Salihu%2C%20HM.Partner%20violence%20and%20birth%20outcomes%3A%20a%20systematic%20review>. Cited in: PubMed PMID: 15481481.
74. Page, NM. The endocrinology of pre-eclampsia. Clin Endocrinol (Oxf). [Internet]. 2002 Oct [cited 2011 Nov 21]; 57(4):413-423. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Page%2C%20NM.%20The%20endocrinology%20of%20pre-eclampsia.%20Clin%20Endocrinol%20\(Oxf\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Page%2C%20NM.%20The%20endocrinology%20of%20pre-eclampsia.%20Clin%20Endocrinol%20(Oxf)). Cited in: PubMed PMID: 12354123.
75. Leeners B, Neumaier-Wagner P, Kuse S, Stiller R, Rath W. Emotional stress and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy, Hypertens Pregnancy [Internet]. 2007 [cited 2011 Nov 26]; 26(2):211-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17469011>. Cited in: PubMed PMID: 17469011.
76. Arcos G Estela, Uarac U Myrna, Molina V Irma, Repossi F Angela, Ulloa V Marlene. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2001 Dic [citado noviembre 22 del 2011]; 129(12): 1413-1424. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001200007&lng=es). doi: 10.4067/S0034-98872001001200007.
77. Khatun S, Kanayama N, Belayet HM, Masui M, Sugimura M, Kobayashi T, Terao T. Induction of preeclampsia like phenomena by stimulation of sympathetic nerve with cold and fasting stress. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. [Internet]. 1999 Sep [cited 2011 Nov 13]; 86(1):89-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Khatun%20S%20Kanayama%20N%2C%20Belayet%20HM%2C%20Masui%20M%2C%20Sugimura%20M%2C%20Kobayashi%20T%2C%20Terao%20T.%20Induction%20of%20preeclampsia%20like%20phenome>

- na%20by%20stimulation%20of%20sympathetic%20nerve%20with%20cold%20and%20fasting%20stress. Cited in: PubMed PMID: 10471148.
78. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 2000 Apr [cited 2011 Sep 22]; 95(4):487-90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kurki%20T%2C%20Hiilesmaa%20V%2C%20Raitasalo%20R%2C%20Mattila%20H%2C%20Ylikorkala%20O.%20Depression%20and%20anxiety%20in%20early%20pregnancy%20and%20risk%20for%20preeclampsia>. Cited in: PubMed PMID: 10725477.
 79. Landsbergis PA, Hatch MC. Psychosocial work stress and pregnancy-induced hypertension. *Epidemiology.* [Internet]. 1996 Jul [cited 2011 Sep 16]; 7(4):346-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Landsbergis%20PA%2C%20Hatch%20MC.%20Psychosocial%20work%20stress%20and%20pregnancy-induced%20hypertension>. Cited in: PubMed PMID: 8793358.
 80. Raghupathy R. Th1-type immunity is incompatible with successful pregnancy. *Immunol Today.* [Internet]. 1997 Oct [cited 2011 Sep 18]; 18(10):478-82. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Raghupathy%2C%20R.%20\(1997\).%20Th1-type%20immunity%20is%20incompatible%20with%20successful%20pregnancy](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Raghupathy%2C%20R.%20(1997).%20Th1-type%20immunity%20is%20incompatible%20with%20successful%20pregnancy). Cited in: PubMed PMID: 9357139.
 81. Wegmann TG, Lin H, Guilbert L, Mosmann TR. Bidirectional cytokine interactions in the maternal-fetal relationship: is successful pregnancy a TH2 phenomenon? *Immunol Today.* [Internet]. 1993 Jul [cited 2012 Jan 18]; 14(7):353-356. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wegmann%2C%20T.%20G.%2C%20Line%2C%20H.%2C%20Guilbert%2C%20L.%2C%20%26%20Mosmann%2C%20T.%20R.%20\(1993\).%20Bidirectional%20cytokine%20interactions%20in%20the%20maternal-fetal%20relationship%3A%20Is%20successful%20pregnancy%20a%20th2%20phenomenon%3F](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wegmann%2C%20T.%20G.%2C%20Line%2C%20H.%2C%20Guilbert%2C%20L.%2C%20%26%20Mosmann%2C%20T.%20R.%20(1993).%20Bidirectional%20cytokine%20interactions%20in%20the%20maternal-fetal%20relationship%3A%20Is%20successful%20pregnancy%20a%20th2%20phenomenon%3F). Cited in: PubMed PMID: 8363725.
 82. Marcell Rodríguez Lelyem, González Ramírez Victoria Esther. Relación de las citoquinas proinflamatorias con la corioamnionitis subclínica y el parto pretérmino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 9 de setiembre del 2011]; 37(4): 562-576. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400013&lng=es.

83. Elenkov IJ. Glucocorticoids and the Th1/Th2 balance. *Ann N Y Acad Sci.* [Internet]. 2004 Jun [cited 2012 Jan 13]; 1024:138-46. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Elenkov%2C%20I.%20J.%20\(2004\).%20Glucocorticoids%20and%20the%20th1%2Fth2%20balance.%20](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Elenkov%2C%20I.%20J.%20(2004).%20Glucocorticoids%20and%20the%20th1%2Fth2%20balance.%20). : Cited in: PubMed PMID: 15265778.
84. Mosmann TR, Sad S. The expanding universe of T-cell subsets: Th1, Th2 and more. *Immunol Today.* [Internet]. 1996 Mar [cited 2012 Jan 4]; 17(3):138-146. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mosmann%2C%20T.%20R.%2C%20%26%20Sad%2C%20S.%20\(1996\).%20The%20expanding%20universe%20of%20t-cell%20subsets%3A%20Th1%2C%20th2%20and%20more](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mosmann%2C%20T.%20R.%2C%20%26%20Sad%2C%20S.%20(1996).%20The%20expanding%20universe%20of%20t-cell%20subsets%3A%20Th1%2C%20th2%20and%20more). Cited in: PubMed PMID: 8820272.
85. Wilder RL. Hormones, pregnancy, and autoimmune diseases. *Ann N Y Acad Sci.* [Internet]. 1998 May 1[cited 2012 Jan 7]; 840:45-50. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wilder%2C%20R.%20L.%20\(1998\).%20Hormones%2C%20pregnancy%2C%20and%20autoimmune%20diseases.%20](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wilder%2C%20R.%20L.%20(1998).%20Hormones%2C%20pregnancy%2C%20and%20autoimmune%20diseases.%20). Cited in: PubMed PMID: 9629235.
86. Dizon-Townson DS. Preterm labour and delivery: a genetic predisposition. *Paediatr Perinat Epidemiol.* [Internet]. 2001 Jul [cited 2012 Jan 13]; 15 Suppl 2:57-62. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dizon-Townson%2C%20D.%20S.%20\(2001\).%20Preterm%20labour%20and%20delivery%3A%20A%20genetic%20predisposition](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dizon-Townson%2C%20D.%20S.%20(2001).%20Preterm%20labour%20and%20delivery%3A%20A%20genetic%20predisposition). Cited in: PubMed PMID: 11520400.
87. Maes M, Ombelet W, De Jongh R, Kenis G, Bosmans E. The inflammatory response following delivery is amplified in women who previously suffered from major depression, suggesting that major depression is accompanied by a sensitization of the inflammatory response system. *J Affect Disord.* [Internet]. 2001 Mar [cited 2012 Jan 26]; 63(1-3):85-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Maes%20M%2C%20Ombelet%20W%2C%20De%20Jongh%20R%2C%20Kenis%20G%2C%20Bosmans%20E.%20The%20inflammatory%20response%20following%20delivery%20is%20amplified%20in%20women%20who%20previously%20suffered%20from%20major%20depression%2C%20suggesting%20that%20major%20depression%20is%20accompanied%20by%20a%20sensitization%20of%20the%20inflammatory%20response%20system>. Cited in: PubMed PMID: 11246084.

88. Bruunsgaard H, Pedersen M, Pedersen BK. Aging and proinflammatory cytokines. *Curr Opin Hematol*. [Internet]. 2001 May [cited 2012 Jan 19]; 8(3):131-136. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruunsgaard%20H%2C%20Pedersen%20M%2C%20Pedersen%20BK.%20Aging%20and%20proinflammatory%20cytokines>. Cited in: PubMed PMID: 11303144.
89. Arck PC. Stress and pregnancy loss: role of immune mediators, hormones and neurotransmitters. *Am J Reprod Immunol*. [Internet]. 2001 Aug [cited 2011 Dec 2]; 46(2):117-123. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Arck%20PC.%20Stress%20and%20pregnancy%20loss%3A%20role%20of%20immune%20mediators%2C%20hormones%20and%20neurotransmitters>. Cited in: PubMed. PMID: 11506075.
90. Freeman DJ, McManus F, Brown EA, Cherry L, Norrie J, Ramsay JE, Clark P, Walker ID, Sattar N, Greer IA. Short- and long-term changes in plasma inflammatory markers associated with preeclampsia. *Hypertension*. [Internet]. 2004. Nov [cited 2011 Dec 2]; 44(5):708-714. Available from: <http://hyper.ahajournals.org/content/44/5/708.long>. Cited in: PubMed PMID: 15452036.
91. Hagberg H, Mallard C, Jacobsson B. Role of cytokines in preterm labour and brain injury. *BJOG*. [Internet]. 2005 Mar [cited 2011 Dec 5]; 112 Suppl 1:16-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00578.x/pdf>.
92. Farina L, Winkelmann C. A review of the role of proinflammatory cytokines in labor and noninfectious preterm labor. *Biol Res Nurs*. [Internet]. 2005 Jan [cited 2011 Dec 2]; 6(3):230-238. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Farina%20L%2C%20Winkelmann%20C.%20A%20review%20of%20the%20role%20of%20proinflammatory%20cytokines%20in%20labor%20and%20noninfectious%20preterm%20labor>. Cited in: Review. PubMed PMID: 15583363.
93. Coussons-Read ME, Okun ML, Schmitt MP, Giese S. Prenatal stress alters cytokine levels in a manner that may endanger human pregnancy. *Psychosom Med*. [Internet]. 2005 Jul-Aug [cited 2012 Jan 7];67(4):625-31. Available from: <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/67/4/625.long>.
94. Coussons-Read ME, Okun ML, Nettles CD. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain Behav Immun*. [Internet]. 2007 Mar [cited 2012 Jan 5];21(3):343-50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Coussons-Read%20ME%2C%20Okun%20ML%2C%20Nettles%20CD.%20Psychosocial%20stress>

- s%20increases%20inflammatory%20markers%20and%20alters%20cytokine%20production%20across%20pregnancy. Cited in: PubMed PMID: 17029703.
95. Flora Tristán. La violencia contra la mujer: Femicidio en el Perú. Lima-Perú. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. 2005.
 96. Hospital San Juan de Lurigancho. Plan Estratégico Institucional 2008-2011. Lima. Unidad de Planeamiento Estratégico del Hospital San Juan de Lurigancho.
 97. Municipalidad de San Juan de Lurigancho. Plan de Gobierno 2011-2014 Distrito San Juan de Lurigancho. Lima. 2011.
 98. Zapata, Leonor. Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez, mar. 2006, vol.66, no.1, p.13-20.
 99. Christian, Lisa. Stress, depression, and inflammatory Immune responses during pregnancy. [Tesis Doctoral]. Estados Unidos: The Ohio State University, 2008.
 100. Pluess M, Wurmser H, Buske-Kirschbaum A, Papousek M, Pirke KM, Hellhammer D, Bolten M. Positive life events predict salivary cortisol in pregnant women. Psychoneuroendocrinology. [Internet]. 2012 Feb 4 [cited 2012 Jan 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=100.%09Pluess%20M%2C%20Wurmser%20H%2C%20Buske-Kirschbaum%20A%2C%20Papousek%20M%2C%20Pirke%20KM%2C%20Hellhammer%20D%2C%20Bolten%20M.%20Positive%20life%20events%20predict%20salivary%20cortisol%20in%20pregnant%20women>. Cited in: PubMed PMID: 22309824.

VIII. 2 Bibliografía del Marco Conceptual

1. Boy A, Salihu HM. Int J Fertil Womens Med. 2004; 49 (4): 159-164.
2. Doubova (Dubova) Svetlana Vladislavovna, Pámanes-González Verónica, Billings Deborah L, Torres-Arreola Laura del Pilar. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. Rev. Saúde Pública [revista en Internet]. 2007 [citado 7 de setiembre del 2010]; 41(4): 582-590. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400012&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102007000400012.
3. Pacora P, Capcha E, Esquivel L, Ayala M, Ingar W, Huiza L. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. An Fac Medicina Lima. 2005; 66(4):282-289.
4. Grosser Villar, Hannelore El embarazo como un renacer. Una intervención de arte terapia en una mujer embarazada víctima de violencia intrafamiliar [Proyecto Final para Optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia]. 2007. Chile.
5. Núñez-Rivas Hilda Patricia, Monge-Rojas Rafael, Grífos-Dávila Carla, Elizondo-Ureña Ana María, Rojas-Chavarría Ana. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Rev Panam Salud Publica [revista en internet]. 2003 Aug [acceso 06 de setiembre del 2010]; 14(2): 75-83. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000700001&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892003000700001.
6. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Estadísticas del Programa Nacional de Violencia [página principal en internet]. Disponible en: <http://www.mimdes.gob.pe/estadisticas-pncvfs.html>
7. Boletín estadístico de la población atendida en el IV Trimestre del 2009. [boletín en Internet]. Perú: INABIF, Sistema de Información y Estadística. 2009 [acceso el 08 de setiembre del 2010]. Disponible en: http://www.inabif.gob.pe/portal/estadisticas/poblacion/2009/trimestral/4to_boletin.pdf

8. Sandoval, José; Mondragón, Fanny; Ortiz, Mónica. Repercusiones maternas perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2007; 53 (1): 28-34.
9. Luna Gil, Nora Cynthia Ivonne; Pereira Scromeda, María Celeste; Torres, Elida Elena; Sosa Trotti, Sosa Trotti. Maternidad Planificada en la Adolescencia. *Revista de Posgrado de Vía Cátedra de Medicina* [revista en internet]. 2010. [acceso 2 de setiembre del 2010]; (197): 9-12. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista197/2_197.pdf.
10. Morillo J.B.; Montero L.. Lactancia materna y relación materna filial en madres adolescentes. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2010 Junio [acceso 2 de setiembre del 2010]; (19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200019&lng=es.
11. Issler, Juan R. Embarazo en adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina* [revista en internet]. 2001 agosto. [acceso 05 de setiembre del 2010]; 107(7): 11-123. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Hoja de selección	I
B	Formulario de recolección de datos	II
C	Ficha de recolección de resultados maternos	III
D	Consentimiento informado	IV
E	Asentimiento informado	V
F	Manifestaciones de la violencia intrafamiliar	VI
G	Marco normativo de la violencia intrafamiliar	VII
H	Operacionalización de variables	X
I	Análisis de validez y confiabilidad: Validez de contenido: prueba binomial: juicio de expertos	XIV
J	Análisis de validez y confiabilidad: Validez interna: Método ítem-test (Coeficiente de Correlación de Pearson)	XV
K	Análisis de validez y confiabilidad Confiabilidad: Coeficiente alfa-Cronbach	XVII

ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

RESULTADOS MATERNOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO PERIODO DICIEMBRE 2011- FEBRERO 2012

HOJA DE SELECCIÓN

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

	SI	NO
Criterios de Inclusión		
1. Puérperas adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar en el embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puérperas adolescentes con ausencia de violencia intrafamiliar en el embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Puérperas adolescentes de parto eutócico o cesárea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puérperas adolescentes que desean participar en el estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puérperas adolescentes que cuenten con interconsulta en psicología.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Puérperas adolescentes que tengan educación primaria como mínimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criterios de Exclusión		
7. Adolescentes cuya vía de terminación del embarazo sea el aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Puérperas adolescentes que no desean participar en el estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Puérperas adolescentes con trastorno psiquiátrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Puérperas adolescentes con impedimento del habla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Puérperas adolescentes con alguna enfermedad preexiste al embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para ser considerado como participante en el grupo con violencia intrafamiliar, se requiere marcar SI en los numerales 1, 3, 4, 5 y 6 y NO en los numerales 7, 8, 9 y 10.

Para ser considerado como participante en el grupo sin violencia intrafamiliar,

se requiere marcar SI en los numerales 2, 3, 4, 5 y 6 y NO en los numerales 7, 8, 9 y 10.

ANEXO B FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

El presente documento, está dirigido a las madres adolescentes. Tiene como finalidad recolectar información necesaria para el desarrollo de un trabajo de investigación acerca de “Resultados maternos de la Violencia Intrafamiliar en Gestantes Adolescentes”.

Esta encuesta tiene carácter confidencial y consta de preguntas sencillas, es importante que usted responda con sinceridad; la información brindada no será utilizada como denuncia y su identidad no será revelada. Por lo tanto se agradece anticipadamente su gentil colaboración, ya que los resultados del presente estudio serán en beneficio de la población adolescente.

CUESTIONARIO

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y conteste:

I) DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Grado de instrucción:

- a) Primaria incompleta [2]
- b) Primaria completa [3]
- c) Secundaria incompleta [4]
- d) Secundaria completa [5]
- e) Técnico Incompleto [6]
- f) Técnico completo [7]
- g) Superior incompleto [8]
- h) Superior completo [9]

3.- Zona o ubicación del domicilio:

- 4.- Procedencia: Costa [1]
- Sierra [2]
- Selva [3]

5.- Estado civil:

- a) Soltera [1]
- b) Conviviente [2]
- c) Casada [3]
- d) Separada o Divorciada [4]

II) IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

6. ¿En este embarazo, algún miembro de tu familia o pareja te causó daño físico?

Si [1] No [2]

7. Si la respuesta fuese sí, escoge a continuación el tipo de agresión de la cual fuiste víctima:

- Golpes en el Cuerpo (patadas, puñetazos, bofetadas) [1]
- Empujones [2]
- Golpes con objetos [3]
- Caídas [4]
- Quemaduras [5]
- Heridas con objetos punzocortantes [6]

8. ¿Qué parentesco tiene con usted la persona que le causó daño físico durante su embarazo?

- a) Padre [1]
- b) Madre [2]
- c) Hermanos [3]
- d) Pareja [4]
- e) Otros [5]

9. ¿El agente (persona) que la agredió físicamente vive con usted?

Si [1] No [2]

10. ¿En este embarazo se ha sentido agredida emocional o psicológicamente por algún miembro de su familia o pareja?

Si [1] No [2]

11. Si la respuesta fuese sí, escoge a continuación el tipo de agresión psicológica de la cual fuiste víctima:

- Insultos [1]
- Amenazas [2]
- Humillación [3]
- Gritos [4]
- Intimidación [5]
- Abandono [6]

12. ¿Qué parentesco tiene con usted la persona que le agredió psicológicamente?

- a) Padre [1]
- b) Madre [2]
- c) Hermanos [3]
- d) Pareja [4]
- e) Otros [5]

13. ¿El agente (persona) que la agredió psicológicamente vive con usted?

Si [1] No [2]

14. ¿Durante su embarazo recuerda haber sido tocada de forma inapropiada por algún miembro de su familia o pareja?

Si [1] No [2]

15. ¿Durante su embarazo recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales por algún miembro de su familia o pareja?

Si [1] No [2]

16. ¿El agente (persona) que la agredió sexualmente vive con usted?

Si [1] No [2]

ANEXO C

HOJA DE REGISTRO DE RECOLECCIÓN DE RESULTADOS MATERNOS

RECOLECCIÓN DE DATOS MATERNOS CONSIGNADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA		
VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO	PARTO VAGINAL	CESÁREA
RESULTADOS MATERNOS ADVERSOS	PREECLAMPSIA	
	ANEMIA	
	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	
	AMENAZA DE ABORTO	
	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	
	PARTO PRETERMINO	

ANEXO D
CONSENTIMIENTO INFORMADO

“RESULTADOS MATERNOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO PERIODO DICIEMBRE 2011- FEBRERO 2012”

El propósito de la investigación

Con el presente estudio se pretende describir los resultados maternos de la violencia intrafamiliar durante el embarazo, con el fin de implementar medidas específicas y estrategias para reducir los efectos adversos de la violencia en la gestación.

La Participación

Su hija fue seleccionada para participar en esta investigación. Si usted permite que su hija participe en el estudio, se le hará una sola entrevista, en donde se le informará sobre los alcances y relevancia de la investigación y después pedirle su asentimiento antes de empezar nuestro estudio. Se garantiza la confidencialidad de las respuestas.

Riesgos y Beneficios

El estudio no presenta ningún riesgo de sufrir daños físicos, psicológicos, ni en la salud de la adolescente.

Los beneficios corresponden a la identificación de evidencias que nos permitan establecer el objetivo a estudiar. Con ello se fomenta una conducta de mejora en los sistemas de atención en este grupo poblacional.

Costo de la participación

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. La entrevista se realizará con la autorización del hospital y durante el tiempo en el cual se encuentre hospitalizada la adolescente.

Privacidad y confidencialidad

Toda la información que se obtendrá de la encuesta o de la historia clínica será anónima. Ningún dato proporcionado será usado con otros fines que no sean los de la investigación. Las autoras del trabajo se comprometen a guardar confidencialidad de los datos obtenidos.

Donde conseguir información

Si tiene alguna consulta, queja o comentario, o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con la Srta. Angela Salas Arriaga al teléfono 946116601, email: tuyyo_154@hotmail.com. y/o la Srta. Diana Salvatierra Aguilera al teléfono 995148708, email: dianadamita@hotmail.com.

Declaración Voluntaria

Yo he sido informado(a) del propósito del estudio, he conocido beneficios y confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma como se realizará el estudio, comprendiendo que la participación es completamente voluntaria y que mi hija tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Yo.....Con DNI.....

Por lo anterior acepto voluntariamente que mi hija participe en la investigación.

.....
Firma del padre o apoderado

ANEXO E
ASENTIMIENTO INFORMADO

Mediante este documento autorizo participar en forma voluntaria en el estudio titulado ***“RESULTADOS MATERNOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES”***.

Se me aplicará una encuesta en el servicio de Hospitalización materno del Hospital San Juan de Lurigancho, con la finalidad de identificar la violencia intrafamiliar durante mi embarazo, así mismo me garantizan respetar mi privacidad y buscar mi comodidad, durando esta entrevista 15 minutos como máximo.

El formulario aplicado será de forma voluntaria y aun después de iniciada la entrevista, yo puedo rehusarme a responder preguntas específicas y decidir terminar con la entrevista en cualquier momento.

Comprendiendo que los resultados obtenidos en esta investigación ayudarán a la detección oportuna, formulación e implementación de estrategias en contra de la violencia intrafamiliar en las adolescentes durante la etapa del embarazo, evitando de esta manera resultados adversos en la gestación.

Una vez leído este documento autorizo la realización de la entrevista mediante mi firma.

.....

Firma de la participante

.....

Firma del entrevistador

Fecha: __/__/__

ANEXO F
MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	
MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA FÍSICA	Empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar.
MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico, celos posesividad, intimidación, degradación, humillación, insultos y críticas constantes.
MANIFESTACIONES VIOLENCIA SEXUAL	Sexo forzado, degradación sexual, intentar que la persona practique actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está conciente, lastimar físicamente a la persona durante el acto sexual.

ANEXO G

MARCO NORMATIVO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, en donde se señala que nadie será sometido a torturas ni a penas ni a tratos crueles e inhumanos.

Convención Americana sobre Derechos Humanos en 1969, en donde se declara que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer-CEDAW 1979, en donde se establece la definición de Violencia Basada en Género y se reconoce a la violencia familiar como una de las de dicha definición.

Convención contra la tortura y otras penas o tratos crueles, inhumanos y degradantes en 1984, se define como tortura a todo acto que lleva como intención el infligir daño, sufrimiento físico o mental con el propósito de castigarla.

Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Viena en 1993, cita la importancia de eliminar la Violencia Basada en Género, instando a los Estados a eliminar toda forma sexista, a erradicar conflictos entre los derechos de la mujer.

Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en 1994, insta a los estados a adoptar políticas de prevención contra la violencia hacia la mujer, mediante la implementación instrumentos que sancionen y erradiquen esta forma de violencia.

MARCO NORMATIVO NACIONAL

Constitución Política del Perú de 1993, en el artículo 2 se señala el derecho a la vida, a la integridad moral, psíquica y física. En el artículo 7 se señala que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, la del medio familiar, y la de la comunidad; es deber de toda persona el contribuir a su promoción y defensa.

Ley 26260 “Ley de protección frente a la violencia familiar”, aprobada el 22 de Diciembre de 1993; en ella se establece la política del estado y la sociedad para enfrentar el problema de violencia familiar. Plantea mecanismos legales que garanticen una mayor protección para las víctimas de este tipo de violencia. Promueve la participación del equipo de salud.

Ley 26763 “Modificatoria de la ley 26260”, Aprobada el 24 de Marzo de 1997; en ella se reconoce como manifestación de la violencia familiar al abandono. Establece facultades para recibir denuncias en todas las delegaciones de la policía.

Ley N° 26788; aprobada el 11 de Abril de 1997, en esta Ley se modifica el Código Penal incrementando las penas para el delito de lesiones; considerando circunstancias agravantes cuando la víctima es menor de 14 años.

Ley 26842. Aprobada el 9 de Julio de 1997, “Ley General de Salud”, en donde se establece que toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud: Señala a la violencia familiar como un problema de salud mental cuya atención es problema de la familia y del estado.

Ley N°27016. Aprobada el 19 de Diciembre de de 1998. Modificatoria de la Ley 26260. Ley que enfatiza que, los certificados médicos de las dependencias del Estado acreditan a salud física y

mental de las personas y se añade la gratuidad de la atención que da origen a los certificados.

Ley N°27055. Aprobada el 15 de enero de 1999. Ley que modifica algunos aspectos del Código de los Niños y Adolescentes y del Código de Procedimientos Penales estableciendo que para el examen médico legal del niño o adolescente víctima de violencia sexual, el Fiscal de Familia podrá recurrir al Instituto de Medicina Legal, a los establecimientos de salud del Estado y a los centros de salud autorizados. Además señala que los certificados que expidan los médicos de los establecimientos mencionados, son de carácter gratuito y tienen valor probatorio del estado de salud física y mental en los procesos implicados, así como las consultas que generen la emisión del certificado.

Ley N°27115. Aprobada el 17 de Mayo de 1999. Ley que establece la acción penal pública en los delitos contra la libertad sexual. Determina que en el caso de los delitos contra la libertad sexual (violación sexual), la investigación preliminar, la acusación fiscal y el proceso judicial serán reservados, preservándose la identidad de la víctima. Establece también que los exámenes médicos legales serán practicados previo consentimiento de la víctima, debiendo ser realizado exclusivamente por el médico encargado del servicio y solamente con la asistencia de un profesional auxiliar; la presencia de terceras personas se realizará sólo con el consentimiento expreso de la víctima.

Ley 27306. Aprobada el 21 de Junio del 200. Modificada de la Ley 26260. Ley que incluye la violencia sexual como una de las manifestaciones de la violencia y se amplía el ámbito de acción de la ley a los ex-cónyuges. Se incluye a las municipalidades dentro del sistema de la atención integral de la violencia y se establece la gratuidad de las pruebas médicas complementarias.

Ley 27337. Aprobada el 7 de Agosto del 2000. Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes 2000. Esta ley reconoce el derecho de los niños, niñas y adolescentes a su integridad, desarrollo y bienestar no pudiendo ser sometidos a torturas ni trato cruel y degradante. También señala que las víctimas de maltrato físico y psicológico merecen una atención integral los establecimientos de salud del Estado.

Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, aprobada con D.S. N° Decreto Supremo N° 003-2002 Congreso de la República. Ley que otorga rango de Ley al Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDEH, Ley N° 28487 CONCORDANCIA: R.M. N° 506-2005-MINSA. Dase el rango de ley al Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDEH, que aprueba el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010.

Defensoría Especializada de la Mujer en la Defensoría del Pueblo y la Comisaría de la Mujer del Congreso de la República, creada en 1996.

El Acuerdo Nacional que en su política tercera señala la necesidad de brindar acceso universal a los servicios de salud y seguridad social, enfatizando que éstos deben ser oportunos, gratuitos y de calidad. De otra parte, en su undécima política propone la promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación poniendo énfasis en aquellas que provienen de las diferencias de género. En su política séptima se propone la erradicación de la violencia.

Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2002-2007 aprobado el 20 de Julio del 2001 mediante D.S. N° 017-2001-PROMUDEH que involucra a los ministerios de salud, justicia, educación, del interior y del desarrollo social en acciones y metas concretas respecto a la eliminación de la violencia en nuestra sociedad.

Plan Nacional de Apoyo a la Familia, aprobada con D.S. N° 005-2004-MIMDES el 9 de Setiembre del 2004.

Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010 aprobada mediante DECRETO SUPREMO N° 017-2005-JUS del 10 de Diciembre del 2005 en el que se establece claramente como objetivo implementar acciones para garantizar la equidad de género, para erradicar la discriminación a las mujeres y optimizarlos servicios requeridos por las víctimas de la violencia familiar y sexual.

Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la violencia familiar y el maltrato infantil publicado el 2001 (RM-445-2001SA/B).

Comisión Intrasectorial del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones 2006-2010, aprobada con Resolución Ministerial N° 1239-2004/MINSA, encargada de la incorporación del enfoque de género en los planes y programas del MINSA y sus OPD, así como hacer seguimiento al cumplimiento de los objetivos estratégicos en el marco del Plan Nacional.

Comisión Intrasectorial del Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2002-2007, aprobada con Resolución Ministerial 534-2005/MINSA, encargada de la implementación de políticas en el MINSA y sus OPD, en el marco del Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer.

Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva aprobados con Resolución Ministerial N° 668-2004-MINSA. Allí se establecen protocolos para la atención de la Violencia Hacia la Mujer y violencia sexual en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud.

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual Y Reproductiva

Lineamientos para la Acción en Salud Mental

Los Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes aprobados en Febrero 2005 por RM N° 107-2005/MINSA considera el acceso universal a la atención integral y diferenciada con énfasis en la prevención y atención de la violencia basada en género.

Lineamientos de Política de Promoción de la Salud

Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud

Marco Conceptual del Manual de Violencia Familiar y Maltrato Infantil

Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015

El Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, que tiene como finalidad diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de atención, prevención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población.

MAMIS, constituido por un equipo profesional multidisciplinario capacitados con énfasis en violencia hacia niños y adolescentes, que desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención del maltrato en todas sus formas y atención integral de las víctimas del maltrato, aplicando técnicas, instrumentos y/o recursos para la rehabilitación, seguimiento y vigilancia epidemiológica.

ANEXO H: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Indicador</i>	<i>Criterio de medición</i>	<i>Tipo de Variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Instrumento de medición</i>
Violencia Intrafamiliar (Variable Dependiente)	Violencia Física	Acta de entrega de interconsulta con el Servicio de Psicología. Formulario de recolección de datos con 16 items, sección de identificación de la violencia intrafamiliar items 6, 7, 8 y 9.	Fue agredida físicamente en este embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	Nominal	Encuesta
			Manifestaciones de violencia física durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Golpes en el cuerpo. • Empujones. • Golpes con objetos. • Caídas. • Quemaduras. • Heridas con objetos punzocortantes. 	Cualitativa	Nominal	
			Miembro de la familia que agredió físicamente a la adolescente durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Padre. • Madre. • Hermanos. • Pareja. • Otros. 	Cualitativa	Nominal	
			Vive con el agresor	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	Nominal	

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Indicador</i>	<i>Criterio de medición</i>	<i>Tipo de Variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Instrumento de medición</i>
Violencia Intrafamiliar (Variable dependiente)	Violencia psicológica.	Acta de entrega de interconsulta con el Servicio de Psicología. Formulario de recolección de datos con 16 ítems, sección de identificación de la violencia intrafamiliar ítems 10, 11, 12 y 13.	Fue agredida psicológicamente en este embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	Nominal	Encuesta
			Manifestaciones de violencia psicológica durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Insultos • Amenazas. • Humillación. • Gritos. • Intimidación. • Abandono. 	Cualitativa	Nominal	
			Miembro de la familia que agredió psicológicamente a la adolescente durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Padre. • Madre. • Hermanos. • Pareja. • Otros. 	Cualitativa	Nominal	
			Vive con el agresor	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	Nominal	
	Violencia sexual	Acta de entrega de interconsulta con el Servicio de Psicología. Formulario de recolección de datos con 16 ítems, sección de identificación de la violencia intrafamiliar ítems 14,15 y 16.	Fue agredida sexualmente en este embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	Nominal	Encuesta
			Manifestaciones de violencia sexual durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Acoso sexual. • Violación sexual. 	Cualitativa	Nominal	
			Vive con el agresor	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	Nominal	

Variable	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Criterio de medición	Tipo de Variable	Escala de medición	Instrumento de medición
Resultados maternos (variable dependiente)	Resultados maternos favorables	Revisión de historias clínicas sobre la ausencia de resultados maternos adversos.	Patologías	<ul style="list-style-type: none"> Ausente 	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos e Historia clínica.
	Resultados maternos adversos	Revisión de historias clínicas sobre la presencia resultados maternos adversos	Preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> Ausente Presente 	Cualitativa	Nominal	
			Anemia	<ul style="list-style-type: none"> Ausente Presente 	Cualitativa	Nominal	
			Infección del tracto urinario	<ul style="list-style-type: none"> Ausente Presente 	Cualitativa	Nominal	
			Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> Ausente Presente 	Cualitativa	Nominal	
			Desprendimiento Prematuro de Placenta	<ul style="list-style-type: none"> Ausente Presente 	Cualitativa	Nominal	
			Parto Pretérmino	<ul style="list-style-type: none"> Ausente Presente 	Cualitativa	Nominal	

			Vía de terminación de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal • Cesárea 	Cualitativa	Nominal	
--	--	--	--------------------------------	--	-------------	---------	--

<i>Variable</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Indicador</i>	<i>Criterio de medición</i>	<i>Tipo de Variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Instrumento de medición</i>
EDAD	Número de años cumplidos	Número de años completos desde el nacimiento.	Edad cronológica al momento de la entrevista	Cuantitativa	Razón	Encuesta
ESTADO CIVIL	Condición actual cívico legal en el momento de la entrevista	Manifestación del estado civil.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada • Separada o divorciada 	Cualitativa	Nominal	Encuesta
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel de estudios alcanzado por la participante, referido en el momento de la entrevista	Último nivel, grado o año aprobado.	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Técnico Incompleto • Técnico completo • Superior incompleto • Superior completo 	Cualitativa	Nominal	Encuesta
ZONA DEL DOMICILIO	Ubicación del domicilio, referido en el momento de la entrevista	Ubicación político administrativa	Urbanizaciones y localidades del distrito.	Cualitativa	Nominal	Encuesta

PROCEDENCIA	Lugar de nacimiento, referido en el momento de la entrevista.	Manifestación del lugar de nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Costa • Sierra • Selva 	Cualitativa	Nominal	Encuesta
--------------------	---	---------------------------------------	--	-------------	---------	----------

ANEXO I

ANÁLISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	Nº de Jueces					Prob.
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	0.031
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	0.031
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	0.031
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	0.031
6. Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	0	1	0.250
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	0.031

Se ha considerado:

- Favorable = 1 (SI)
- Desfavorable = 0 (NO)

Aplicando la prueba binomial para la validez del Contenido se obtiene como resultado que existe evidencias estadísticas para afirmar que existe concordancia favorable entre los cinco jueces respecto a la validez del instrumento ($p < 0.005$). Respecto al ítem de que las preguntas sean claras y entendibles se tomó en consideración lo sugerido por los expertos para mejorar el instrumento.

ANEXO J

ANÁLISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

VALIDEZ INTERNA: MÉTODO ITEM-TEST (COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON)

El Coeficiente de correlación de la j-ésima pregunta: $r_j = \frac{Cov(x, y)}{\sigma_x \sigma_y}$ como se realiza para

una muestra el estimador es así: $r_j = \frac{Cov(x, y)}{S_x S_y}$

Donde:

$Cov(x, y)$ es la covarianza de la matriz x e y / σ_x y σ_y : Es la desviación poblacional, sin embargo como dijimos anteriormente, como es un estimador de una muestra se utiliza S_x y S_y

Se calcula de la siguiente manera:

* $n = 26$

$$* \bar{X} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{26} X_i \quad y \quad \bar{Y} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{26} Y_i$$

$$* Cov(x, y) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{26} (x_i - \bar{X})(y_i - \bar{Y})$$

$$* s_x^2 = \frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^{26} (x_i - \bar{X})^2$$

$$* s_y^2 = \frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^{26} (y_i - \bar{Y})^2$$

En la Tabla N°01 en la columna que dice Total solamente se suman todos los valores, es decir los totales por fila. Ahora cada columna representa cada una de las preguntas a ser evaluadas su validez (total de 20 preguntas)

Regla de decisión: Cuando el valor de r-pearson es >0.2 se considera que la pregunta es adecuada para el instrumento o esta validada.

TABLA N°01: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO (Correlación de Pearson)

Item	TABLA N°1																				Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
2	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
3	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
4	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
5	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
6	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
7	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
8	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
9	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
10	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
11	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
12	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
13	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
14	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
15	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
16	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	2	2	1	2	2	4	1	2	2	9	94
17	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	9	91
18	2	9	9	9	9	9	9	9	9	1	2	1	1	2	2	4	1	2	2	9	101
19	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	6	1	2	2	9	41
20	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	82
21	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	2	1	1	2	2	6	1	2	2	9	95
22	1	7	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	2	37
23	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	2	1	1	2	2	4	1	2	2	9	93
24	1	1	2	1	2	2	2	2	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	100
25	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	9	38
26	2	9	9	9	9	9	9	9	1	2	2	1	1	2	2	2	9	2	2	9	100
Total	48	208	205	202	206	206	206	204	50	155	161	157	155	162	163	182	162	50	50	220	
r	0.73	0.63	0.73	0.73	0.73	0.73	0.73	0.73	0.18	0.89	0.9	0.87	0.88	0.89	0.89	0.77	0.86	0.45	0.45	0.45	
r absoluto	0.73	0.63	0.73	0.73	0.73	0.73	0.73	0.73	0.18	0.89	0.90	0.87	0.88	0.89	0.89	0.77	0.86	0.45	0.45	0.45	
Calificación	V	V	V	V	V	V	V	V	Observada	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	

Observación: La Calificación se refiere a la conclusión de la regla de decisión O: pregunta observada; V: pregunta validada.

Observamos que el instrumento esta adecuadamente validado, pues la mayoría de sus preguntas son válidas para su aplicación (la última fila del cuadro, en calificación), y se pudiese eliminar las pregunta 9. Sin embargo, esto no es necesario y se puede seguir aplicando este instrumento.

ANEXO K

ANÁLISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

CONFIABILIDAD: COEFICIENTE ALFA-CRONBACH

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad alfa-cronbach se utiliza el siguiente procedimiento:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{1}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^{26} s_j^2}{S_T^2} \right)$$

Donde:

K = El número de individuos, en este caso 26.

$$* s_j^2 = \frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^{26} (x_i - \bar{X})^2$$

* S_T es la Varianza del total de puntaje (la misma fórmula pero para el total de puntaje de cada individuo)

En la Tabla N°02 por cada columna se calcula las varianzas, es decir para las 24 preguntas y para el total de puntajes. Se suman las 24 varianzas de las 24 preguntas (en el cuadro esta como Sum_var), este valor se reemplaza en la fórmula, así:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^{26} s_j^2}{S_T^2} \right) = \frac{26}{(26-1)} \left(1 - \frac{163.15}{1626.02} \right) = 0.95$$

Regla de decisión: Cuando el valor de α -Cronbach es >0.5 se considera que el instrumento es confiable

Utilizando el programa estadístico SPSS v.18 se obtiene los mismos resultados:

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
0,947	26
Item-Total Statistics	

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Miembro de familia o pareja le causa daño físico en este último embarazo	119,38	1604,646	0,721	0,948
Tipo de agresión, si recibió daño físico	113,23	1501,145	0,584	0,946
Padre causa daño físico	113,35	1476,155	0,695	0,944
Madre causa daño físico	113,46	1462,578	0,687	0,944
Hermano(a) causa daño físico	113,31	1482,062	0,692	0,944
Pareja causa daño físico	113,31	1482,062	0,692	0,944
Otra persona causa daño físico	113,31	1482,062	0,692	0,944
Persona que causó daño físico, vive con persona agredida	113,38	1470,006	0,699	0,944
Miembro de familia o pareja le agrede emocional o psicológicamente en este embarazo	119,31	1606,062	0,145	0,950
Tipo de agresión psicológica: Insultos	115,27	1361,325	0,861	0,941
Tipo de agresión psicológica: Amenazas	115,04	1376,358	0,877	0,941
Tipo de agresión psicológica: Humillación	115,19	1370,642	0,849	0,941
Tipo de agresión psicológica: Gritos	115,27	1362,765	0,856	0,941
Tipo de agresión psicológica: Intimidación	115,00	1382,400	0,867	0,941
Tipo de agresión psicológica: Abandono	114,96	1385,158	0,870	0,941
Parentesco con persona que agredió psicológicamente	114,23	1460,345	0,742	0,943
Persona que causó agresión psicológica, vive con persona agredida	115,00	1372,880	0,828	0,942
Miembro de familia o pareja le toca de forma inapropiada en este último embarazo	119,31	1616,222	0,445	0,949
Miembro de familia o pareja le obliga a tener contacto o relaciones sexuales durante este último embarazo	119,31	1616,222	0,445	0,949
Persona que causó agresión sexual, vive con persona agredida	112,77	1560,505	0,412	0,948

TABLA N°02: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO (Prueba de Cronbach)

Item	TABLA N°2																				Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
2	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
3	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
4	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
5	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
6	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
7	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
8	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
9	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
10	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
11	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
12	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
13	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
14	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
15	2	9	9	9	9	9	9	9	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	152
16	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	2	2	1	2	2	4	1	2	2	9	94
17	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	9	91
18	2	9	9	9	9	9	9	9	9	1	2	1	1	2	2	4	1	2	2	9	101
19	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	6	1	2	2	9	41
20	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	82
21	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	2	1	1	2	2	6	1	2	2	9	95
22	1	7	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	2	37
23	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	2	1	1	2	2	4	1	2	2	9	93
24	1	1	2	1	2	2	2	2	2	9	9	9	9	9	9	9	9	2	2	9	100
25	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	9	38
26	2	9	9	9	9	9	9	9	1	1	2	2	1	1	2	2	9	2	2	9	100
Varianza	0.14	6.80	7.15	8.66	6.63	6.63	6.63	7.66	2.31	15.40	13.20	14.68	15.40	12.82	12.44	7.76	15.06	0.07	0.07	3.62	1,626.02
Suma_var	163.15																				

Leyenda 1 : Correctas
0 : Incorrectas

k 20
Item 26
r-Alpha de Cronbach **0.95**

El valor de α -Cronbach es 0.95 que es superior a 0.5 es decir se considera que el instrumento es confiable para su aplicación.